

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
 M. Perreten et Mme Peris, assesseurs
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

B._____, à Q***, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 2 - 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 27 août 2019, la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante depuis le 3 avril 2019, a établi un rapport selon lequel sa patiente, B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) – née en ***, ressortissante suisse originaire de Bosnie, mariée et mère de trois enfants majeurs (l'ainée étant issue de sa précédente union, avec son premier époux, tué pendant la guerre en Bosnie), sans formation professionnelle, opératrice de production/conditionnement à plein temps, de décembre 2017 à octobre 2019, auprès de l'entreprise D._____ SA à S*** – présentait un épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques, depuis le début de sa prise en charge, voire plus d'un an, selon l'anamnèse. Au cours des derniers mois, l'assurée avait montré des difficultés à réaliser ses tâches habituelles et une diminution de performance au travail. Elle avait vécu des traumatismes de guerre dans son pays avant son arrivée comme réfugiée en Suisse et perdu des proches (famille et amis) les dernières années. Le traitement comprenait la prise régulière de Cymbalta® 60 mg (une fois par jour). Selon l'évolution du tableau clinique et le résultat des tests neuropsychologiques demandés, un suivi psychothérapeutique, centré sur les deuils et les traumatismes passés de l'intéressée, pouvait être envisagé. Le traitement se poursuivait afin d'explorer de potentiels autres épisodes dépressifs passés et l'ampleur des symptômes post traumatiques, telle que décrite par l'assurée à sa psychiatre.

Le 3 septembre 2019, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte « Dépression / Fibromyalgie / Diminution des fonctions cognitives (en attente d'un examen neuropsychologique) / Etat de stress post-traumatique », avec la précision qu'elle présentait une incapacité de travail totale depuis le 30 avril 2019.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a notamment recueilli un rapport du 24 octobre 2019 relatif à un bilan neuropsychologique des 19 et 26 septembre 2019 de l'assurée réalisé par une neuropsychologue du Centre ambulatoire de V._____ auprès de l'Institution de W._____, dont on extrait les conclusions suivantes :

“Cet examen cognitif a été réalisé en partie à l'aide de tests traduits en bosniaque chez une patiente à la collaboration fragile, à la thymie manifestement dépressive, présentant des pertes du fil et des temps de latence sans ralentissement en conversation, ainsi qu'une fatigabilité après 1h30 d'examen. L'examen met en évidence :

- **Des performances sévèrement déficitaires en mémoire** à court terme verbale et non-verbale ; en mémoire épisodique antérograde verbale (à la phase d'apprentissage, en reconnaissance immédiate, ainsi qu'en rappel différé encodage et récupération) et non-verbale (évalué en reconnaissance seulement) ; des performances limites en mémoire de travail verbale.
- **Des performances sévèrement déficitaires au niveau attentionnel**, notamment des temps de réaction extrêmement ralentis et des fluctuations importantes ; des difficultés modérées en attention divisée ; ainsi qu'un ralentissement de la vitesse de traitement observé dans plusieurs tâches et non verbales ; Notons la présence d'un ralentissement clinique à l'écriture avec un comportement de vérification des lettres.
- **Des performances modérément déficitaires au niveau exécutif**, notamment des difficultés d'inhibition et d'incitation verbale.

Par ailleurs, le reste des fonctions cognitives mesurées (praxies constructives, gnosies visuelles, réflexes archaïques, programmation graphomotrice) sont globalement préservées compte tenu de l'âge et du niveau socioculturel/de formation.

Les résultats obtenus au présent examen font émerger des incohérences :

- Entre les tests et les performances de la vie quotidienne (par ex. : les performances au niveau attentionnel sévèrement déficitaires avec un ralentissement très marqué pour des tâches chronométrées et non chronométrées, contrastant avec la présentation clinique de la patiente qui ne présente pas de ralentissement en conversation et qui conduit habituellement) ;
- Dans le pattern de performances inter- et intra-tests (par ex. : les difficultés en mémoire apparaissent de manière indifférenciée selon le type de mémoire touchée (court-terme vs long-terme), les différentes modalités (verbale vs visuelle), les processus en mémoire (récupération, encodage, reconnaissance en choix forcé, évocation différée) ou la complexité de la tâche, alors que les

atteintes cérébrales donnent des tableaux plus spécifiques habituellement ;

- Par l'échec à une tâche en général réussie par des personnes avec atteinte cérébrale sévère ainsi qu'une tâche attentionnelle réitérée montrant un temps d'exécution 3 à 4 fois plus rapide lors du deuxième essai sous stimulation de l'examineur à performer plus vite (CTT 1 ; 4'58" contre 1'13") confirmant par ailleurs l'impression clinique.

Ainsi, cet examen neuropsychologique ne peut pas être considéré comme entièrement valide et les performances mesurées ne reflètent pas le réel potentiel cognitif de la patiente. D'autres facteurs participent à ce tableau, notamment des facteurs thymiques importants relevés dans l'anamnèse chez une patiente dont la souffrance psychique semble être au premier plan actuellement. En l'état actuel, nous n'avons pas d'arguments parlant en faveur d'une atteinte cérébrale. Nous avons rassuré la patiente et l'avons encouragée à poursuivre le travail entamé au niveau psychologique/psychiatrique."

Dans un rapport du 10 février 2020 à l'OAI, la Dre C._____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel dépressif moyen, (F32.1) et de trouble de stress post traumatique (F43.1). Selon la psychiatre traitante, il convenait de « voir pour la fibromyalgie » avec le rhumatologue car certains symptômes de la dépression, des états de stress post traumatiques et de la fibromyalgie se superposaient. La psychiatre traitante évaluait la capacité de travail de l'assurée comme nulle depuis le 30 avril 2019 dans l'activité habituelle, mais n'était pas en mesure de se prononcer sur le nombre d'heures de travail exigibles de sa patiente dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« incapacité pour apprendre de nouvelles consignes, pour intégrer des nouveautés, mauvaise concentration et difficulté pour les tâches de précision »). La Dre C._____ ajoutait que, depuis bientôt deux ans, l'assurée était aidée par les membres de sa famille.

Par rapport du 3 mars 2020 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué un « syndrome douleur chronique » ayant une incidence sur la capacité de travail ainsi qu'une hyperthyroïdie et une obésité, sans incidence sur la capacité de travail. Ce médecin qualifiait le pronostic de « bon », n'avait pas attesté d'incapacité de travail et n'était pas en mesure de se positionner sur la capacité de travail de l'assurée dont il précisait que la douleur chronique faisait obstacle

à une réadaptation professionnelle. De l'avis du Dr G._____, les activités uniquement en position assise ou debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), accroupi ou à genoux, le soulèvement/port près/loin du corps de charges supérieures à 5 kilos, ainsi que la montée d'une échelle/échafaudage ou des escaliers n'étaient plus exigibles de la part de sa patiente.

Le 11 mars 2020, SWICA, assureur perte de gain de l'employeur, a communiqué à l'OAI l'expertise confiée par ses soins au Centre d'Expertises Médicales (F._____) de X***, et rendue le 29 janvier 2020 par les Drs K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, évoluant depuis au moins avril 2019, sans rémission (F32.2), de trouble somatoforme, syndrome douloureux somatoforme persistant, sans rémission, évoluant depuis 2015, d'aggravation progressive, incapacitant depuis au moins avril 2019. Les diagnostics non incapacitants étaient ceux de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, évoluant depuis plus de deux ans (F62.0) ayant succédé à un état de stress post-traumatique, évoluant au moins depuis 1993, alors en rémission (F43.1), ayant succédé à des stress aigus ayant évolué vers une modification de personnalité après expérience de catastrophe. Les limitations fonctionnelles (difficultés de gestion des relations interpersonnelles au travers de l'isolement social, difficultés de jugement, de résolution de problèmes et de prise de décision, difficultés d'adaptation et de flexibilité mentale) et l'acquisition d'informations nouvelles étaient susceptibles d'être altérées par des troubles de la mémoire de travail, à l'origine d'une capacité de travail nulle depuis avril 2019. Il était précisé que l'annonce du licenciement avait aggravé la symptomatologie pré-existante, non prise en charge, vraisemblablement cause du congédiement en raison des troubles de l'attention et de la mémoire de l'assurée. Les experts préconisaient de modifier le traitement pour une molécule telle que la Venlafaxine agissant sur les troubles anxieux. Une prise en charge psychothérapeutique associée, de type TCC [Thérapie Cognitive Comportementale], centrée sur la gestion du stress et de l'anxiété était

également indiquée pour une durée prolongée. D'autres techniques (relaxation, méthode EMDR [*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*] et hypnose) pouvaient être associées. Selon ces experts, même si le diagnostic de modification durable de la personnalité n'était pas incapacitant en lui-même, il était susceptible d'aggraver la symptomatologie de l'épisode dépressif et du trouble somatoforme, et d'en compliquer l'évolution au travers d'une résistance au traitement et la chronicisation des troubles, d'où l'importance de la prise en charge thérapeutique.

Aux termes d'un rapport du 19 août 2020, la Dre N._____ a fait part de l'absence de modification de la situation de sa patiente, laquelle avait dû faire face au décès d'un ami proche et était en conflit avec sa fille aînée. La psychiatre traitante constatait la persistance d'un manque de plaisir, de volonté, une fatigabilité, une intolérance au stress, une tendance à l'isolement, des douleurs ainsi qu'une limitation cognitive. Elle confirmait la capacité de travail nulle de l'assurée dans toute activité.

Par avis du 23 novembre 2020, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a fait le point de la situation en ces termes :

“Nous sommes devant la situation d'une assurée dont on nous décrit un épisode dépressif sévère associé à un syndrome somatoforme douloureux depuis 2015 mais notre assurée a pu travailler jusqu'en avril 2019, elle s'est fait licenciée par manque de productivité. L'expertise bidisciplinaire APG rhumato-psy ne comporte pa[s] les critères nécessaires pour une instruction dans le cadre de l'Assurance Invalidité, l'ensemble de l'analyse des ressources mobilisables selon les indicateurs standards jurisprudentiels n'a pas été effectuée. De plus notre assurée est dans un contexte psychosocial défavorable avec des conflits familiaux mais ces facteurs non médicaux ne sont pas du ressort de l'Assurance Invalidité.

Dans ce contexte, nous sommes dans l'obligation de demander :

Une expertise pluridisciplinaire rhumatologie-psychiatrie-médecine interne.

- Merci de déterminer la date de début où l'atteinte à la santé est devenue incapacitante (LM).
- Merci de déterminer l'évolution de la capacité de travail à partir de cette date.
- Merci de déterminer la capacité de travail dans l'activité habituelle, depuis quand ?

- Merci de déterminer les limitations fonctionnelles objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psycho-sociale, de l'âge, ni de la formation.
- Merci de déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que vous venez de définir, depuis quand ?
- Merci de déterminer les ressources mobilisables (interne et externe), selon les critères jurisprudentiels.
- Merci de définir si un traitement et/ou un suivi psychiatrique permettrait d'augmenter significativement la capacité de travail. Merci de déterminer le traitement, le rythme de suivi et le pronostic d'augmentation de la capacité de travail (en combien de temps)."

L'OAI a confié cette expertise pluridisciplinaire au centre P._____ (P._____ SA) de Y***, rendue le 27 avril 2021 par les Drs BB._____, spécialiste en rhumatologie, BC._____, spécialiste en médecine interne générale, et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont posé les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de dysthymie modérée (F34.1), de fibromyalgie, de syndrome de dysbalance musculaire lombaire, de statut post cholécystectomie, date inconnue, de syndrome des apnées du sommeil appareillé depuis mars 2020, de status post cure d'une incontinence urinaire, date inconnue, d'obésité classe II avec IMC [indice de masse corporelle] 35,6 kg/m², de déconditionnement physique et d'hypothyroïdie connue depuis quinze ans, substituée. Ces experts ont retenu une capacité de travail de l'assurée totale depuis toujours dans toute activité.

Par rapport du 20 mai 2021, le SMR a retenu l'absence d'atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles durablement incapacitantes au sens de l'assurance-invalidité. Les facteurs/diagnostics associés, non du ressort de l'assurance-invalidité, étaient un status post cholécystectomie, un syndrome des apnées du sommeil appareillé depuis mars 2020, un status post cure d'incontinence urinaire, une obésité, un déconditionnement physique, une hypothyroïdie substituée connue depuis quinze ans, une dysthymie et une fibromyalgie. La capacité de travail de l'assurée était de 100 % dans toute activité compte tenu de ses limitations fonctionnelles non durablement incapacitantes. Le SMR a validé les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du P._____ dont il n'avait pas de raison de s'en écarter.

Par projet de décision du 26 mai 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis avril 2019 de durée inférieure à une année. Dès lors que la capacité de travail était de 100 % en toute activité, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de gain, donc d'invalidité, de sorte que le droit à la rente était nié. Le droit aux mesures professionnelles était également refusé à l'assurée au vu d'un manque à gagner inférieur à 20 %.

A l'appui de ses objections du 29 juin 2021 contre ce préavis négatif, l'assurée, alors représentée par Procap, a, entre autres pièces jointes, produit un rapport du 16 juin 2021 de la Dre C._____, laquelle a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel dépressif moyen (F32.1), de trouble de stress post traumatique (F43.1) et, en lien avec l'état psychique, de fibromyalgie, de dystyroïde, de trouble respiratoire nocturne de type obstructif, d'obésité de classe II - troubles du comportement alimentaire non spécifié type hyperphagie prandiale, grignotage compulsif et *night eating syndrom*. Selon la psychiatre traitante, l'assurée était très limitée dans les tâches ménagères et elle évitait toute source de stress. Un traitement EMDR pour la désensibilisation des événements traumatiques et deuils avait débuté.

Par avis du 20 octobre 2021, le SMR a estimé que le dernier rapport de la psychiatre traitante n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux non pris en compte lors de l'expertise pluridisciplinaire du P._____.

Par décision du 21 octobre 2021 et prise de position du même jour, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet du 26 mai 2021 dès lors que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. Le 20 août 2025, l'assurée, désormais employée de cuisine polyvalente à 60 % depuis le 1^{er} juillet 2025 à la BF. _____ à R***, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente), en alléguant présenter de longue durée une incapacité de travail d'au moins 40 %. Quant au genre de l'atteinte à la santé, elle mentionnait des douleurs incapacitantes et un besoin de repos après toute activité de travail. Elle a joint à son envoi les pièces suivantes :

- un rapport du 16 avril 2025 de BG. _____, spécialiste en emploi auprès du BJ. _____ du CHUV, selon lequel l'assurée parvenait tout juste à maintenir son emploi au taux de 40 % mais souhaitait demander à son employeur de « passer en fixe à 40 % ». Au fur et à mesure des entretiens, il était apparu que l'assurée souffrait sur le plan physique et qu'une évaluation rhumatologique demandée avait mis en évidence de l'arthrose dans les mains et les pieds, et confirmé le diagnostic de fibromyalgie. L'assurée, passée en contrat de travail fixe à 50 %, ne pouvait pas travailler davantage qu'à ce pourcentage. Elle s'était vue conseiller de relancer l'assurance-invalidité pour demander une rente partielle ; la santé de l'assurée était fragile en raison du trouble de stress post traumatique (PTSD) couplé aux douleurs physiques et aux fluctuations de l'humeur ainsi qu'à la fatigabilité accrue ;

- un rapport du 8 juillet 2025 de la Dre C. _____, laquelle indiquait que l'assurée se forçait à travailler et que, depuis le début de la guerre en Ukraine et des problèmes de santé, toujours présents et limitants, sa capacité de travail n'était pas supérieure à 50 % ;

- un rapport du 8 juillet 2025 adressé au Dr G. _____ par la Dre BK. _____, médecin assistante au Service de rhumatologie du CHUV, qui se termine de la manière suivante :

“Discussion :

Nous vous remercions de nous avoir adressé votre patiente pour un bilan d'arthromyalgies.

Nous suspectons également des arthromyalgies en lien avec un syndrome douloureux chronique. Le bilan biologique immunologique

réalisé le 24.12.2024 et le 25.03.2025 est revenu négatif. Le bilan radiographique ne retrouve pas d'érosion osseuse en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde ou autre maladie rhumatismale auto-immune/auto inflammatoire. Il existe cependant une légère élévation des CK [créatines kinases], que nous reconstrôlerons à notre prochaine consultation. Les douleurs de la patiente peuvent être expliquées sur son hypothyroïdie insuffisamment substituée et également par une carence en vitamine D, pour laquelle nous envoyons une ordonnance afin de la supplémenter.

Il existe également une arthrose diffuse, avec notamment au bilan radiographique des troubles dégénératifs au niveau des IPD [interphalangiennes distales] des deux mains, une rhizarthrose bilatérale débutante et une arthrose de la MTP [métatarsophalangienne] à gauche. Sur le plan thérapeutique, un traitement par Condrosulf 800 mg/jour par cure de trois mois ainsi que des séances d'ergothérapie peuvent être bénéfiques pour la patiente.

Nous reverrons la patiente dans trois mois afin de lui communiquer les résultats et la suite de la prise en charge. La patiente accepte que nous l'adressions auprès de nos collègues du centre de la douleur du CHUV."

Le 17 octobre 2025, l'assurée a encore produit les pièces suivantes :

- un questionnaire « DIVA-5 » du 15 octobre 2025 comportant les réponses données par l'assurée à sa psychiatre traitante ;

- un rapport du 16 octobre 2025 de la Dre C._____, selon lequel l'assurée continuait à travailler à 60% ; la psychiatre traitante y a expliqué que deux petits-enfants de l'assurée avaient été diagnostiqués de TDAH et que celle-ci confirmait avoir toujours été hyperactive enfant, puis avoir présenté tout au long de sa vie d'adulte des troubles thymiques, des changements de poids importants et des réactions émotionnelles fortes. Lors de sa rencontre avec la Dre C._____, l'intéressée traversait le début de la ménopause et en raison d'une importante fatigabilité, elle maintenait peu de relations amicales durables et utilisait l'isolement comme compensation. Selon la Dre C._____, ce parcours contribuait à la fatigabilité, l'instabilité émotionnelle et aux troubles cognitifs notamment le vécu post traumatique durant la guerre en Bosnie (avec la perte de son premier mari, père de sa fille aînée à Z***). Le questionnaire DIVA-5 complété mettait en évidence un TDAH de présentation combinée ; les efforts fournis tout le long de sa vie avec ce

fonctionnement non reconnu provoquait un épuisement à l'âge adulte. L'assurée avait amélioré de façon significative son sommeil grâce à la CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et reconnaissait les bienfaits de l'exercice régulier (piscine et marche). De plus, l'utilisation depuis des années du Cymbalta® 60 mg avait aidé au maintien d'une certaine stabilité émotionnelle. La psychiatre traitante avait proposé au médecin généraliste une surveillance étroite de la tension artérielle et de la fonction cardiaque lors de l'essai du Concerta® 18 mg.

Par projet de décision du 4 novembre 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, au motif que l'examen du dossier n'avait montré aucun changement depuis la précédente décision de refus de prestations du 21 octobre 2021, en sorte que l'assurée ne rendait pas plausible une aggravation de son état de santé.

Dans le cadre de ses objections du 26 novembre 2025 envers ce préavis, l'assurée a produit un rapport du 27 novembre 2025 de la Dre C._____ à l'OAI dont on extrait les passages suivants :

"[...] B._____ a bien toléré le concerta à 18 mg avec des effets positifs tels qu'une meilleure clarté mentale, moins de fatigabilité en journée et un intérieur plus calme, selon ses propres mots. Je lui ai proposé la dose de 27 mg pour évaluer les potentiels avantages. Elle ressent un léger mal de tête, mais une meilleure présence avec sa famille et au travail. Nous allons continuer à évaluer la balance risque - bénéfices.

Malheureusement, lors de notre dernière consultation programmée d'hier, elle m'a fait part des douleurs très limitantes du dos et du genou droit. Madame a eu du mal à se lever de la chaise et boitait lors de son arrivée et encore plus au moment de quitter le cabinet (après avoir été assise). Son médecin traitant a indiqué un arrêt de travail.

Je ne sais si vous avez tenu en compte mon courrier du mois d'octobre au moment de rédiger votre projet de décision. En effet, je vous fais part d'un nouveau diagnostic qui expliquerait en grande partie l'épuisement de Madame B._____. La plupart des médecins, y inclus les psychiatres, ne sont pas encore formés aux troubles du neurodéveloppement ni aux troubles post-traumatiques, ce qui fait très probablement que les évaluations faites des fois par les experts ne tiennent pas toujours en compte ces problématiques.
[...]

La situation de santé de Madame B._____ me préoccupe très spécialement car elle fait partie de ces personnes résilientes, qui ont toujours mis de côté la souffrance, pour faire face au quotidien (avec tous les avantages de ce fonctionnement). Malheureusement, actuellement, elle se force à travailler, et même si elle [fai]t de son mieux, son état de santé ne le lui permet.

J'espère que ces éléments cliniques vous aideront à reconsidérer votre projet de décision."

L'assurée a encore produit le 11 janvier 2026 un rapport du 8 janvier 2026 du Dr G._____, selon lequel les diagnostics retenus étaient une fibromyalgie-syndrome douleur chronique, un syndrome de stress post traumatique associé à une céphalée chronique, une hypothyroïdie substituée, une obésité Classe 2 (BMI [Body Mass Index] 38.3 kg/m²), une podalgie gauche récurrente, une surcharge pondérale et une ronchopathie témoignée. Selon le médecin traitant, les comorbidités psychiatriques et somatiques invalidantes justifiaient une incapacité de travail partielle de travail de l'assurée dans l'exercice d'une activité lucrative à 100 %, si bien qu'une demande de prestations de l'assurance-invalidité lui semblait être indiquée.

Par décision du 15 janvier 2026 et prise de position du même jour, l'OAI a entériné son projet du 4 novembre 2025 au motif que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, si bien que le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande n'était pas critiquable.

C. Par acte du 2 février 2026, B._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande d'août 2025. Elle a en substance fait valoir que son état de santé mental se détériorait progressivement depuis 2005, et tenait aux sévices qu'elle avait subis durant la guerre de Bosnie de 1992 à 1995, ainsi que la perte de son mari et de plusieurs proches. Elle présentait une perte totale de contact avec la réalité, des hallucinations, des délires, ainsi qu'une somatisation se manifestant par un important état algique, s'efforçant de

travailler à temps partiel au prix d'efforts menaçant sa santé. Elle a sollicité de pouvoir compléter son recours.

Dans sa réponse du 26 mars 2026, l'OAI a proposé le rejet du recours.

En réplique, le 9 avril 2026, la recourante a relevé qu'à l'ATF 147 V 234 consid. 5, le Tribunal fédéral avait exposé qu'il était relativement aisé, dans le cadre d'une nouvelle demande, de rendre plausible une modification des circonstances. La recourante s'est également référée à l'arrêt TF 9C_555/2023 du 15 avril 2023, dans lequel le Tribunal fédéral a admis le recours d'une assurée au motif que la situation médicale n'était pas superposable à celle prévalant auparavant. Elle s'est ensuite référée aux rapports des 8 juillet, 16 octobre et 27 novembre 2025 de la Dre C._____, en expliquant présenter un trouble du déficit de l'attention inconnu jusqu'alors, qui n'avait pas été traité ni suivi jusqu'alors, et avait entraîné un épuisement considérable, se référant à cet égard à un article publié sur le site de l'Hôpital de La Tour relatif au trouble du déficit de l'attention, ainsi qu'à des informations ressortant du site Internet de l'association TDA/H Belgique et du gouvernement du Québec. Elle a ajouté qu'en plus de ce trouble, il convenait de tenir compte de son vécu traumatique relatif à la guerre de Bosnie, déplorant que l'expert psychiatre E._____ n'ait pourtant retenu aucun événement marquant dans le cadre de l'expertise du P._____ du 27 avril 2021. Dans ce cadre, elle s'est prévalu derechef des rapports de la Dre C._____, qui relate que depuis le début de la guerre en Ukraine, sa patiente était passée à nouveau par des périodes avec plus de cauchemars et des moments de peur importants. A ses yeux, la survenance de la guerre en Ukraine, le 24 février 2022, soit postérieurement à la décision de l'assurance-invalidité du 21 octobre 2021, était un élément éludé à tort par l'intimé qui consistait en un fait nouveau dont il aurait convenu de tenir compte. Elle a encore plaidé présenter d'importantes douleurs, qui avaient motivé son médecin traitant, le Dr G._____, à lui délivrer un arrêt de travail et à soutenir sa nouvelle demande, se référant dans ce cadre au rapport du Dr G._____ du 8 janvier 2026, ainsi qu'à celui du CHUV du 16 avril 2025. En dernier lieu, elle a

soutenu que l'OAI ne pouvait être suivi lorsqu'il affirme que son incapacité de travail n'a pas duré une année au moins, alors qu'elle présente un trouble du déficit de l'attention depuis plusieurs années, entraînant un état d'épuisement avancé et des difficultés majeures dans sa carrière professionnelle. Elle en a déduit que son état de santé somatique et psychique s'était sensiblement péjoré depuis le 21 octobre 2021, et qu'il s'imposait dès lors d'entrer en matière sur sa nouvelle demande.

Le 7 mai 2026, l'OAI a renvoyé à son écriture du 26 mars 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 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 point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 20 août 2025.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

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

5. En premier lieu, il convient de constater que la recourante a sollicité un délai afin de pouvoir compléter son recours. S'il n'a pas été fait droit à cette requête, un délai de réplique lui a toutefois été accordé, dans lequel elle a pu longuement se déterminer.

6. a) En l'occurrence, l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante,

dans ses démarches auprès de l'office intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 21 octobre 2021, et celle, attaquée, du 15 janvier 2026.

b) aa) Pour l'essentiel, la recourante se prévaut des rapports de sa psychiatre traitante, la Dre C._____. Or cette dernière a rédigé des rapports en tout point semblables à ceux qu'elle avait rédigés dans le cadre de la première demande de prestations de l'assurée. Il sied de constater qu'en août 2019, la Dre C._____ faisait ainsi déjà état des traumatismes vécus par sa patiente durant la guerre en Bosnie, et qu'elle a continué à mentionner ces traumatismes dans le cadre de la deuxième demande de prestations (cf. rapport du 16 octobre 2025 de la Dre C._____). Or quoi qu'en dise la recourante, ces éléments ont bien été pris en compte par les experts du P._____. Si l'intéressée entendait remettre en cause les constatations des experts du P._____, sur la base desquelles la décision de refus de prestations du 21 octobre 2021 a été rendue, il lui appartenait de contester cette décision dans le cadre d'un recours, ce qu'elle n'a pas fait.

Selon la Dre C._____, la survenance de la guerre en Ukraine a conduit à des périodes avec plus de cauchemars et des moments de peur importants « comme si le passé revenait » (cf. rapport du 8 juillet 2025) ; toutefois ces seuls constats ne permettent pas de retenir une modification durable de la situation qui serait de nature à rendre plausible une modification des circonstances. La recourante a au demeurant été en mesure de prendre un emploi d'employée de cuisine polyvalente en juillet 2025, à 60 %, alors que ladite guerre ne s'était pas achevée.

bb) La recourante soutient présenter un trouble du déficit de l'attention inconnu, ni traité ni suivi, jusqu'alors, et qui lui cause un épuisement considérable, se référant à la littérature médicale, estimant que cela consacrerait une modification rendue plausible des circonstances.

Il convient de constater que la recourante a été évaluée par une neuropsychologue les 19 et 26 septembre 2019 qui n'a mis en évidence aucun trouble du déficit de l'attention.

Par ailleurs, la Dre C._____, qui suit la recourante depuis avril 2019, n'a pas évoqué de trouble du déficit de l'attention chez sa patiente avant octobre 2025, sa motivation reposant avant tout sur le fait que deux petits-enfants de l'intéressée ont été diagnostiqués TDAH. Or on ne discerne pas en quoi cela serait propre à établir, après plus de six années de suivi, le diagnostic en cause. Quant au questionnaire DIVA-5, il a été complété le 15 octobre 2025 par l'assurée elle-même. S'agissant enfin des articles généraux sur le trouble du déficit de l'attention mentionnés en recours, au demeurant produits postérieurement à la décision attaquée et ne pouvant dès lors être pris en compte (cf. consid. 4 let. c), ils ne sont pas non plus de nature à établir la péjoration en cause.

cc) Quant au plan somatique, la problématique algique rencontrée par la recourante est également connue de longue date et aucun élément au dossier ne permet de retenir une aggravation à ce niveau depuis octobre 2021.

c) Enfin, les arrêts du Tribunal fédéral cités par la recourante (ATF 147 V 234 consid. 5 et arrêt TF 9C_555/2023 du 15 avril 2023) ne conduisent pas à une appréciation différente de la situation, dès lors qu'ils se rapportent à des cas d'assurés dont la situation n'est pas superposable à celle de la recourante.

d) En définitive, les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande ne rendent pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision du 21 octobre 2021. C'est donc à bon droit que l'office intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité du 20 août 2025.

7. a) Le recours doit par conséquent être rejeté 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. 1^{bis} 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.

c) 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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 janvier 2026 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, pour B. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :