

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2025

Composition : M. TINGUELY, président
MM. Neu et Wiedler, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 6 s. et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, ressortissante espagnole célibataire, est au bénéfice d'une Licence en lettres. Titulaire d'un permis C en Suisse, elle a travaillé pour l'A._____ (A._____) comme « chargée de mission administratives ou stratégiques » depuis le 1^{er} septembre 1995.

Le 9 janvier 2013, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) sans apporter de précision quant à l'atteinte à la santé.

Dans un rapport du 13 juin 2013, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitante, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec humeur mixte, secondaire à l'environnement au travail depuis 2010. Sans effet sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un trouble anxieux généralisé depuis le début de l'âge adulte. Le pronostic était favorable en sorte que la médecin traitante suggérait le retrait de la demande.

Dans un rapport du 10 janvier 2014, le Dr F._____, médecin de l'Unité de santé au travail de la Policlinique Médicale Universitaire (PMU), a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif depuis l'automne 2011 et de probable trouble anxieux depuis plusieurs années. Ce médecin a indiqué que l'état de santé de l'assurée contre-indiquait « clairement son activité professionnelle ». Dans une activité adaptée au handicap, une reprise du travail était envisageable, d'abord à temps partiel, puis sur le long terme jusqu'à 100 %, une fois l'état de santé stabilisé, soit probablement dans un délai de trois à six mois au maximum.

Dans un rapport du 25 janvier 2014, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F43.22), mis en évidence en décembre

2012. Selon cette médecin, le trouble de l'adaptation engendrait des angoisses importantes et générait une fatigabilité majeure. L'activité habituelle n'était pas envisageable au vu du stress et des pressions majeures engendrées par un milieu professionnel « toxique ». L'exercice d'une activité adaptée était possible à 100 % dans un nouveau cadre de travail.

Par avis du 14 avril 2014, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle de documentaliste était nulle dès le 18 novembre 2013. La capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée était de 100 % dans un délai de trois à six mois au maximum, soit un autre poste de travail avec moins de stress, « moins de pressions professionnelles ».

Dans un document « REA - Rapport final » du 4 mai 2015, un spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a noté la signature le 16 mars 2015 par l'assurée d'une convention de départ avec le service RH de l'A._____, mettant un terme aux rapports de travail au 30 avril 2015.

Par questionnaire de détermination du statut complété le 7 août 2015, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé elle aurait toujours travaillé au taux de 90 % comme documentaliste.

Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité, au motif que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle depuis le 18 novembre 2013. Toutefois, dans un autre poste, avec moins de stress, sa capacité de travail était raisonnablement exigible à 100 % dans un délai de six mois au maximum, soit dès le mois de mai 2014. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 7 juin 2024, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles/rente) en

indiquant être atteinte d'un trouble anxieux généralisé (TAG), d'un état dépressif cyclique, de perte du sommeil, en aggravation depuis qu'elle travaillait avec des enfants présentant des besoins spécifiques. Elle œuvrait depuis comme assistante à l'intégration en milieu scolaire (au taux de 50 %) auprès de l'Etat de Vaud, en tant qu'accompagnante parascolaire (au taux de 13 %) auprès de la Ville de Q*** et comme accompagnante de personnes touchées par la maladie d'E._____ (taux de 15 %) pour le compte de l'H._____. Elle était en incapacité de travail totale depuis le 26 février 2024.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a recueilli des rapports complétés par les employeurs (rapport du 28 juin 2024 de l'H._____ ; rapport du 8 juillet 2024 de la K._____ [...] ; rapport du 27 septembre 2024 de la Ville de Q***) et s'est vu communiquer le 9 juillet 2024 le dossier de la L._____ (perte de gain maladie pour l'H._____) dont il ressort en particulier un rapport du 1^{er} juin 2024 de la Dre J._____, psychiatre traitante. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques dans un contexte de pression professionnelle intense, de trouble anxieux généralisé et de trouble mixte de la personnalité avec des traits dépendants et anxieux, la psychiatre traitante retenait une incapacité de travail totale à ce jour. Le pronostic était réservé quant à une reprise d'activité professionnelle.

D'après le questionnaire de détermination du statut complété le 23 juillet 2024, en bonne santé, l'assurée travaillerait à 100 % comme assistante à l'intégration et aux devoirs surveillés, par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un document « IP – Rapport initial » du 22 octobre 2024, un spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a observé que l'assurée avait repris ses activités professionnelles auprès de la K._____ [...] et à la Ville de Q*** à la rentrée scolaire 2024-2025. Elle avait mis fin à son activité auprès de l'H._____ dès le 31 juillet 2024.

Lors d'un entretien téléphonique du 10 janvier 2025 entre l'assurée et une spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI, l'intéressée a indiqué que la reprise du travail se déroulait à satisfaction.

Par projet de décision du 13 janvier 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous travaillez en qualité d'assistante à l'intégration et comme personnel encadrant.

En raison de votre atteinte à la santé, vous avez présenté une incapacité de travail de 100% du 26 février 2024 au 25 août 2024.

Depuis la rentrée scolaire 2024-2025, vous avez repris vos activités habituelles à vos taux contractuels.

Au vu de ce qui précède, le droit à des prestations de l'AI ne peut que vous être nié.”

Par décision du 24 février 2025, l'OAI a intégralement confirmé la teneur de son projet de décision du 13 janvier 2025.

C. Par acte du 21 mars 2025, C._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation et en demandant une réévaluation du cas. Elle a produit un rapport du 21 mars 2025 de la Dre N._____, médecin assistante auprès des Consultations de S***, attestant d'un suivi depuis le 3 décembre 2024 et d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 28 février 2025. La Dre N._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec caractéristiques mélancoliques (F33.2) et d'anxiété généralisée (F41.1). Les limitations fonctionnelles étaient : une adynamie associée à une hypersensibilité au stress, une fatigabilité importante avec une lenteur générale, un besoin de faire des pauses, une distractibilité, un besoin constant de vérification et des difficultés à prendre des décisions. La recourante a sollicité en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 24 mars 2025, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 mars 2025. Elle a été exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires, ainsi que de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 28 mai 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a produit un avis SMR du 5 mai 2025 qui relève ce qui suit :

“Discussion :

L'atteinte à la santé est celle d'un trouble dépressif récurrent, connu depuis 2012, qui par définition, évolue par épisodes récurrents, de sévérité variable, avec des périodes de remissions plus ou moins longues, auquel se surajoute une anxiété généralisée. L'évolution naturelle de la maladie aboutit généralement à un épuisement des ressources de l'assurée avec une capacité de travail qui diminue au cours du temps. La nature de ces diagnostics ne renseigne pas sur l'évolution entre la première et la deuxième demande, et nous n'avons pas au dossier, d'éléments permettant de nous prononcer sur cette période allant de 2015 à 2024.

Lors de cette 2^e demande, les faits suivants sont constatés :

1. Les IT [incapacités de travail] totales attestées s'étalent sur une durée de quatre mois (soit du 26.02.24 au 30.06.24).
2. Une reprise des activités aux taux habituels a été possible d'août 2024 à février 2025 soit sur une période de 6 mois, sans aucune IT médicalement attestées.
3. L'assurée est suivie à la consultation de psychiatrique de S*** depuis le 03.12.2024. Trois mois se sont donc écoulés avant l'IT attestée en date du 28.02.2025.
4. Lors de l'entretien téléphonique avec nos collègues de la Réa le 10.01.2025, l'état de santé de l'assurée est plutôt rassurant, selon ses propres propos, et aucune nouvelle IT n'est encore attestée par la Dre N. _____ qui suit déjà l'assurée depuis le 3.12.2024. Dès lors, nous pouvons considérer que l'état de santé de l'assurée à cette date, ne nécessitait vraisemblablement pas d'IT.
5. Dans la formulation du recours, l'assurée déclare et reconnaît que son état de santé s'est nettement dégradé nécessitant l'arrêt maladie en cours débutant au 28.02.2025 (TRIB 27.03.2025 p. 2).
6. Le rapport médical de la Dre N. _____ du 21.03.2025 joint. Stipule que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec une caractéristique mélancolique et que l'anxiété généralisée se manifeste sous la forme d'une anxiété quasi permanente.
7. L'assurée a vraisemblablement présenté une rémission avant un nouvel épisode sévère de son trouble dépressif, en date du 28.02.2025.
8. La décision du 24.02.2025, ne pouvait prendre en compte une aggravation de l'état de santé de notre assurée survenue à posteriori.

CONCLUSION : Il existe des éléments concrets, cohérents et consistants, en faveur d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée postérieure à la décision du 24.02.2025."

La recourante n'a pas répliqué.

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 droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations qu'elle avait déposée le 7 juin 2024.

3. **a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit

éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la décision attaquée date du 24 février 2025. Elle porte sur une nouvelle demande de prestations formulée par la recourante le 7 juin 2024, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la précédente décision du 3 novembre 2015. Dès lors qu'elle pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2024 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), il y a lieu d'appliquer le droit en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

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.

b) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une

diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 8C_718/2018 du 21 février 2019 consid. 2.2 ; TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3).

c) 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). 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 (dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022), 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) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 7 juin 2024, admettant que, sur le plan psychiatrique, son état de santé s'était détérioré depuis la décision de refus de rente rendue le 3 novembre 2015. Il ressortait en effet du rapport médical établi le 1^{er} juin 2024 par la Dre J._____ que la recourante avait présenté une recrudescence de symptômes anxieux et dépressif sévère, ayant justifié une incapacité de travail depuis le 26 février 2024.

Cependant, la recourante avait été en mesure de reprendre, à compter de la rentrée scolaire 2024-2025, soit dès le 26 août 2024, ses activités habituelles d'assistante à l'intégration et d'accompagnante parascolaire, ceci aux taux contractuels. Dans la mesure où la recourante avait ainsi présenté une incapacité de travail d'une durée inférieure à une année, le droit à la rente était exclu (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) et la demande de prestations devait être rejetée.

b) Le raisonnement de l'intimé doit être confirmé.

aa) Dans son recours, la recourante fait valoir que la reprise de ses activités habituelles à compter de la rentrée scolaire d'août 2024 ne s'était pas bien passée, indiquant avoir présenté des « absences perlées répétées ». Compte tenu de la péjoration de sa situation, elle explique avoir entamé, le 3 décembre 2024, un suivi auprès de la Dre N._____, médecin assistante auprès du service de psychiatrie générale des Consultations de S***.

bb) Il n'en demeure pas moins que, comme la recourante le reconnaît expressément, elle a été en mesure de travailler depuis le 26 août 2024 et jusqu'au 28 février 2025, date à partir de laquelle la Dre N._____ a, pour la première fois, attesté de son incapacité de travail à 100 %.

En conséquence, comme l'a retenu l'intimé, il apparaît effectivement qu'à la date de la décision attaquée (le 24 février 2025), la condition de l'incapacité de travail d'une année au moins - de 40 % au minimum -, décrite à l'art. 28 al. 1 let. b LAI, n'était pas réalisée, la recourante n'ayant en définitive présenté une incapacité de travail (d'au moins 40 % en moyenne) attestée médicalement que durant la période s'étendant du 26 février 2024 au 25 août 2024, soit une période de six mois environ.

La décision attaquée doit dès lors être confirmée.

c) Pour autant, il demeure loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations relativement à l'incapacité de travail qu'elle allègue présenter depuis le 28 février 2025.

6. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, les frais judiciaires doivent être arrêtés à 600 fr. et mis 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 et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 24 février 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 C._____, mais provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. C._____ rembourse les frais judiciaires mis à sa charge, mais provisoirement supportés par l'Etat, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le président :

Le greffier :

Du

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

- C. _____,
- 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 :