

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2025

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 53 al. 1 et 2 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce et d'un diplôme «d'économiste bancaire diplômée ES », a travaillé pour L.\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002.

Le 15 octobre 2014, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un « burn out », tout en précisant être en arrêt de travail à 100 % depuis le 31 mars 2014.

Dans le cadre de cette demande, l'assurée a bénéficié de différentes mesures professionnelles, notamment d'un entraînement à l'endurance (cf. communications des 21 décembre 2015, 29 mars, 29 juin, 26 septembre et 11 octobre 2016), d'un réentraînement au travail et d'un coaching (cf. communications des 21 et 27 février, 9 mai, 29 août et 13 novembre 2017), ainsi que d'une aide au placement (cf. communications des 31 janvier et 2 mars 2018). L'aide au placement s'est terminée par l'engagement de l'assurée auprès de la Banque T.\_\_\_\_\_, l'intéressée disposant alors d'une capacité de travail entière dans tous les types d'activité (cf. rapport de placement du 20 décembre 2018).

Par décision du 6 juin 2019, confirmant un projet du 8 février 2019, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril 2015 au 31 juillet 2016, puis une demi-rente du 1<sup>er</sup> août 2016 au 31 janvier 2017. Il a retenu que l'assurée avait, en outre, pu bénéficier de mesures professionnelles du 11 janvier 2016 au 2 septembre 2018, à l'issue desquelles elle avait retrouvé une pleine capacité de travail et de gain dans son activité habituelle.

**B.** Après avoir travaillé auprès de la Banque T.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2017 au 30 septembre 2019, puis pour la Banque J.\_\_\_\_\_ à 80 %, dès le 1<sup>er</sup> février 2020, l'assurée a, le 13 mai 2023, déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI,

invoquant des TOC [troubles obsessionnels compulsifs], notamment de vérification, et une dépression depuis le 21 février 2013. Elle a précisé avoir été en incapacité de travail totale du 22 février au 13 mars 2023, puis à nouveau dès le 20 mars 2023.

Le 2 juin 2023, l'OAI a accusé réception de cette demande et a informé l'assurée qu'il considérait celle-ci comme une nouvelle demande et qu'elle devait dès lors fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par courrier du 20 juin 2023, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 13 juin 2023 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte avec idées obsédantes et compulsions (F42.2), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et d'état de stress post-traumatique (F43.1).

L'OAI a mis en place une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un bilan individuel (art. 7d LAI), puis une mesure de réinsertion (art. 14a LAI) par un entraînement progressif au travail auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl du 15 février au 19 mai 2024 (cf. communications des 4 septembre 2023 et 25 janvier 2024). Durant cette seconde mesure, l'assurée a bénéficié d'indemnités journalières, dont le montant a été fixé à 175 fr. 20 sur la base d'un revenu journalier moyen déterminant de 219 fr., en lien avec sa dernière activité lucrative auprès de la Banque J.\_\_\_\_\_ (cf. communication du 25 janvier 2024 et décision du 2 février 2024 de la Caisse de compensation AVS/AI).

Le 13 mai 2024, la mesure auprès de D.\_\_\_\_\_ Sàrl a été interrompue pour être reprise, dès le 14 mai 2024, auprès du secteur administratif (finances) de la Fondation R.\_\_\_\_\_ jusqu'au 31 août 2024, mesure ensuite prolongée jusqu'au 28 février 2025 (cf. communications des 14 mai et 16 août 2024). Pendant la réalisation de cette mesure, l'assurée a bénéficié d'indemnités journalières d'un montant de 175 fr. 20,

toujours calculé sur la base d'un revenu journalier moyen déterminant de 219 fr. (cf. décisions des 15 mai et 20 août 2024).

Le 5 février 2025, l'assurée, désormais représentée, a adressé à l'OAI une « requête en révision procédurale, voire en reconsidération du montant de l'indemnité journalière ». Elle a fait valoir que le montant de l'indemnité journalière avait été calculé sur la base d'un revenu journalier de 219 fr., soit un salaire annuel de 79'935 fr., alors qu'elle réalisait, au moment de l'atteinte à la santé de 2014, un revenu brut de 82'004 fr. pour son activité auprès de la Banque L. \_\_\_\_\_ SA. C'était dès lors sur cette base, adaptée à 2024 et 2025, que devait être calculé son revenu journalier. Partant, il aurait fallu demander à son ancien employeur le montant d'un hypothétique revenu réalisé en 2024 et 2025, ce qui n'avait pas été fait.

Par courrier du 4 mars 2025, l'OAI a répondu que, s'agissant d'un nouveau cas d'assurance, le montant de l'indemnité journalière avait été fixé sur la base du revenu réalisé dans l'activité exercée au moment du dépôt de la seconde demande de prestations, à savoir en mai 2023, auprès de la Banque J. \_\_\_\_\_. Il a constaté que les conditions d'une révision procédurale de la dernière décision d'indemnités journalières n'étaient manifestement pas remplies et qu'il n'entrait pas en matière sur une reconsidération.

Par communications des 28 mars et 23 mai 2025, l'OAI a pris en charge les coûts d' « réentraînement au travail dans la même profession/stage de reprise professionnelle » auprès de la Fondation R. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars au 31 mai 2025, prolongé jusqu'au 31 août 2025. Durant cette mesure, la Caisse de compensation AVS/AI a fixé le montant de l'indemnité journalière à 175 fr. 20, toujours basé sur un revenu journalier de 219 fr., par décisions des 31 mars et 27 mai 2025.

**C.** Agissant par l'entremise de son conseil, E. \_\_\_\_\_ a recouru le 16 mai 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 31 mars 2025, concluant principalement à

sa réforme et à l'octroi d'indemnités journalières d'un montant plus élevé, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a fait valoir que le calcul de l'indemnité journalière aurait dû se baser sur le revenu qu'elle aurait pu réaliser dans la profession qu'elle exerçait en 2014, adapté à 2024 et 2025. Ainsi, le revenu journalier déterminant se montait à 260 fr., et non à 219 fr., ce qui modifiait le montant de l'indemnité journalière. A l'appui de son recours, elle a produit une attestation du 31 mars 2025 du L.\_\_\_\_\_ SA selon laquelle sa rémunération annuelle brut se situerait entre 90'000 fr. et 100'000 fr., si elle faisait toujours partie du personnel.

Ce recours a été enregistré avec le numéro de cause AI 143/25.

Par acte de recours du 20 juin 2025, E.\_\_\_\_\_, toujours sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 27 mai 2025, concluant préliminairement à la jonction des causes, principalement à sa réforme et à l'octroi d'indemnités journalières d'un montant plus élevé, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sur le fond, elle a repris l'argumentation développée dans son recours du 16 mai 2025.

Ce nouveau recours a été enregistré avec le numéro de cause AI 186/25.

Par ordonnance du 26 juin 2025, la juge instructrice a ordonné la jonction des deux causes AI 186/25 et AI 143/25 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun sous le n° AI 143/25.

Par réponse du 9 juillet 2025, l'intimé a conclu principalement à l'irrecevabilité des recours, et, subsidiairement, à leur rejet et au maintien des décisions attaquées. Il a fait valoir que la recourante avait retrouvé sa capacité de travail et de gain en 2018, dans son activité habituelle, à l'issue des mesures de réadaptation préalablement mises en

œuvre. Ainsi, la dernière activité lucrative à prendre en compte était celle exercée lors du dépôt de la seconde demande de prestations en mai 2023. Il a ensuite relevé qu'il avait rendu une première décision d'octroi des indemnités journalières le 2 février 2024 et que cette décision était seule déterminante pour la fixation des bases de calcul de l'indemnité journalière. En effet, en l'absence d'éléments nouveaux conduisant à un nouveau calcul, les décisions suivantes, dont notamment les deux décisions attaquées, ne faisaient que prolonger le versement de la prestation en lien avec les mesures de réadaptation mises en place. Ainsi, si la recourante entendait contester le montant de l'indemnité journalière, elle aurait dû recourir contre la décision initiale du 2 février 2024, son conseil partageant d'ailleurs cet avis au vu de sa requête du 5 février 2025.

Répliquant le 29 juillet 2025, la recourante a fait valoir que chaque décision octroyant des indemnités journalières était une décision autonome qui concernait une période particulière et contenait l'indication des voies et délais de recours. Ainsi, chaque décision pouvait faire l'objet d'un recours, qui devait dès lors être déclaré recevable.

Par duplique du 8 août 2025, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé à sa réponse du 9 juillet 2025, en précisant qu'il n'était pas admissible que les assurés puissent recourir sur le montant de l'indemnité journalière à chaque décision rendue en lien avec la prolongation des mesures de réadaptation professionnelle en cours.

**D.** Par acte de recours du 15 août 2025, E.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre d'une décision du 11 août 2025 de l'intimé fixant l'indemnité journalière à 175 fr. 20 pour la période du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2025. Elle a conclu préliminairement à la jonction de la cause avec la cause AI 143/25, principalement à sa réforme et à l'octroi d'indemnités journalières d'un montant plus élevé, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément

d'instruction et nouvelle décision. Sur le fond, elle a repris l'argumentation développée dans son recours du 16 mai 2025.

Ce nouveau recours a été enregistré avec le numéro de cause AI 236/25.

Par ordonnance du 21 août 2025, la juge instructrice a ordonné la jonction des causes AI 143/25 et AI 236/25 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun sous le n° AI 143/25.

Par déterminations spontanées du 21 août 2025, la recourante a contesté le fait que les décisions des 31 mars et 27 mai 2025 ne faisaient que prolonger la période d'octroi des indemnités journalières et que le montant de l'indemnité journalière, qui n'avait pas été contesté dans le cadre de la décision antérieure du 2 février 2024, était entré en force, les arrêts cantonal (AI 273/16 - 295/2017) et fédéral (TF 9C\_711/2009 du 26 février 2010) cités par l'intimé ne s'appliquant pas dans le cas d'espèce.

### **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, les recours ont été déposés 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]). Pour autant, la recevabilité des recours introduits les 16 mai, 20 juin et 15 août 2025 doit être niée, pour les motifs exposés au consid. 2 *infra*.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations, l'intimé a rendu une première décision d'octroi d'indemnités journalières le 2 février 2024, qui fixait l'indemnité journalière à 175 fr. 20, en prenant en compte un revenu déterminant de 219 fr., en lien avec la dernière activité lucrative de la recourante auprès de la Banque J.\_\_\_\_\_. Les décisions suivantes d'octroi d'indemnités journalières ont repris les mêmes bases de calcul en l'absence d'éléments nouveaux justifiant un nouveau calcul. Ainsi, si la partie recourante entendait contester le montant de l'indemnité journalière, elle devait s'en prendre à la décision initiale, soit celle du 2 février 2024. Or, faute de recours, celle-ci est entrée en force. Partant, les recours déposés les 16 mai, 20 juin et 15 août 2025 contre les décisions des 31 mars, 26 mai et 11 août 2025 sont irrecevables, en tant qu'ils ont pour objet les bases de calcul de l'indemnité journalière et qu'ils se heurtent à la force de chose décidée de la décision du 2 février 2024 (cf. TF 9C\_711/2009 du 26 février 2010 consid. 3).

**3.** Dans la mesure où la décision fixant le montant de l'indemnité journalière est entrée en force, une modification de ce montant ne peut entrer en considération que pour autant que les conditions d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) sont réalisées.

**a)** Aux termes de l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Cette disposition fixe les conditions d'une révision dite "procédurale" d'une décision entrée en force. Sont

"nouveaux" au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de la décision, dont la révision est demandée et conduire à une solution différente en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b ; TF 8C\_622/2023 du 27 mai 2024 consid. 4.1 et les références ; TF 9C\_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 4.2).

En l'occurrence, la recourante ne fait valoir aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte dans la fixation du revenu déterminant fondant le calcul de l'indemnité journalière octroyée, de sorte que rien ne justifie une révision procédurale. En effet, au moment de la décision du 2 février 2024, la recourante connaissait l'existence de son ancienne activité professionnelle auprès du L.\_\_\_\_\_ SA en 2014, tout comme celle de 2023 auprès de la Banque J.\_\_\_\_\_, lors du dépôt de sa nouvelle demande de prestations. Partant, elle avait connaissance des éléments susceptibles d'être pris en compte dans la fixation du revenu déterminant fondant le calcul de l'indemnité journalière octroyée.

**b)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Toutefois, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées ; elle en a simplement la faculté et ni la personne assurée ni le juge ne peuvent l'y contraindre, ni, à plus forte raison, lui prescrire, à défaut d'une règle positive, les modalités d'un tel

examen (ATF 147 V 213 consid. 6.2.2 ; 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1). En d'autres termes, si l'administration rend une décision de non-entrée en matière sur une demande de reconsidération présentée par la personne assurée, voire ne rend pas de décision, aucune voie de droit n'est ouverte et le refus d'entrer en matière ne peut pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1; 119 V 475 consid. 1b/cc; 117 V 8 consid. 2a; TF 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa).

En l'espèce, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la requête de reconsidération de la décision du 2 février 2024 (cf. courrier du 4 mars 2025) et la Cour de céans ne peut l'y contraindre, d'une part, à défaut d'une règle positive prescrivant les modalités d'un tel réexamen et, d'autre part, en l'absence de décision formelle rendue par l'autorité intimée sur ce point. Au demeurant, il ne semble pas que cette dernière ait omis de tenir compte de manière crasse d'un élément ou qu'elle se soit grossièrement trompée.

**4.** En définitive, les recours interjetés par E.\_\_\_\_\_ les 16 mai, 20 juin et 15 août 2025 contre les décisions des 31 mars, 27 mai et 11 août 2025 doivent être déclarés irrecevables.

**5.** 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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 200 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 juge unique  
prononce :**

- I. Les recours des 16 mai, 20 juin et 15 août 2025 sont irrecevables.
- II. Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de E.\_\_\_\_\_.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour E.\_\_\_\_\_),
- 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 :