

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 août 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet, juge et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Tafelmacher,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 4 al. 2, 28 al. 1 et 36 al. 1 LAI ; art. 17 LPGA ; art. 4 et 35 de la
Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la
République du Kosovo**

E n f a i t :

A. Z._____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], originaire du Kosovo, mère de quatre enfants nés en 199[...], 199[...] et 200[...]. Après une formation de couturière au Kosovo, l'assurée n'a jamais exercé d'activité lucrative, indiquant avoir été « femme au foyer » dès 1995, date de la naissance de son premier enfant. Elle est arrivée en Suisse le 30 juillet 2010 (au bénéfice d'une admission provisoire) en provenance de [...], pays où elle a séjourné de 2007 à 2010 après son départ du Kosovo.

Le 29 juillet 2015, l'assurée 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), faisant état d'une insuffisance rénale sous dialyse, d'un diabète, d'une hépatite C, d'ostéoporose et d'un lupus érythémateux systémique au premier plan.

L'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Centre M._____.

Dans un rapport du 25 septembre 2015 à l'OAI, la Dre L._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique au Centre M._____, a fait savoir que, depuis l'arrivée en Suisse de sa patiente pour des raisons humanitaires, elle n'avait jamais exercé d'activité professionnelle et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise (p. 3, ch. 1.6 et 1.9). Elle a posé les diagnostics suivants (pp. 1-2) :

« Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

(...)

- Lupus érythémateux systémique, avec :
 - Insuffisance rénale terminale sur néphrite lupique, hémodialysé depuis 2005
 - Atteinte hématologique avec pancytopenie et anémie hémolytique
 - Péricardite et cardiomyopathie rapidement résolutives sous corticoïdes, en août 2011
 - Atteinte articulaire

- Suspicion d'atteinte neurologique, en octobre 2010 (trouble psychiatriques, chorée et ataxie à la marche : DD [*diagnostic différentiel*] : dans le cadre d'une hyperglycémie)
 - Anticorps antiphospholipides (anti-cardiolipine IgM), sans critère pour un syndrome APL [*syndrome des anticorps antiphospholipides*]
 - Dernières poussées en février 2012 (leucopénie, anémie hémolytique et rash malaire), possiblement en novembre 2013 (purpura des membres inférieurs) et en février 2015 (anémie hémolytique)
- Diabète cortico-induit
 - Polyneuropathie sensitivomotrice axono-myélinique à prédominance sensitive, d'origine multiple (LES [*Lupus érythémateux systémique*], diabète, dialyse ; ENMG [*électroneuromyographie*] d'août 2013 et de juin 2015)
 - Ostéoporose fracturaire
 - Fracture de la tête des métatarsiens, en avril 2015
 - Etat dépressif
 - Gonalgies bilatérales mécaniques, dans le cadre d'une gonarthrose débutante et d'un déconditionnement musculaire
 - Cataracte bilatérale débutante
- Diagnostics sans effet sur la capacité de travail**
- Hépatite C chronique de génotype la (...)
 - Cryoglobulinémie de type 3 (polyclonale) objectivée en avril 2015, dans le cadre du LES et de l'hépatite C chronique
 - Sigmoidectomie et Hartmann par laparotomie le 12.06.2014, pour péritonite stercorale sur diverticulite perforée, (...) : (...)
 - Purpura de Bateman, dans le cadre d'une corticothérapie au long cours
 - Hépatite B ancienne guérie
 - Hypertension artérielle traitée »

Dans un rapport du 24 novembre 2015 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique au Centre M._____, a estimé qu'il n'existait pas d'activité professionnelle pour une patiente dialysée, souffrant d'une asthénie sévère et d'une polyneuropathie causant des douleurs et troubles de la marche (p. 3, ch. 1.7).

Dans un rapport du 26 novembre 2015 à l'OAI, la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie au Centre M._____, a fait savoir que l'assurée présentait, depuis 1999, les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de lupus érythémateux systémique (rénal, cardiaque et hématologique) et

d'insuffisance rénale terminale sous dialyse (trois fois par semaine). Sans incidence sur la capacité de travail, elle a mentionné une hépatite C chronique diagnostiquée en 2011, une cryoglobulinémie probablement mixte, une hypertension artérielle, de l'ostéoporose, des lombalgies et gonalgies chroniques, ainsi qu'une polyneuropathie mixte sensitivomotrice axono-myélinique (p. 1, ch. 1.1). La Dre A. _____ a estimé la capacité de travail à 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (asthénie ; trouble de la concentration ; activité sédentaire).

Dans un avis du 18 juillet 2016, la Dre X. _____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a conclu, sur la base du rapport précité de la Dre A. _____, que l'assurée présentait une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée en raison des traitements médicamenteux dans le cadre du lupus érythémateux systémique, des hémodialyses pour l'insuffisance rénale terminale et de la polyneuropathie des membres inférieurs, ceci depuis l'année 2005.

Par décision du 16 janvier 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité totale de travail à l'origine d'un degré d'invalidité de 100 % depuis 2005 (cf. avis juriste du 24 octobre 2017). Rappelant que l'intéressée était arrivée en Suisse en 2010, l'OAI a conclu qu'à l'échéance du délai de carence d'une année en 2006, l'assurée ne comptait pas une année de cotisations en Suisse et qu'en conséquence les conditions d'assurance n'étaient pas réunies.

B. **a)** Le 26 août 2020, Z. _____, désormais au bénéfice d'un permis B, a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'OAI, faisant état, depuis 2005, d'un lupus érythémateux systémique avec pour conséquence une insuffisance rénale terminale sous dialyse (trois fois par semaine), une atteinte articulaire avec des douleurs diffuses et des atteintes pulmonaire, cardiaque et hématologique.

Dans un courrier à l'OAI du 1^{er} octobre 2020, la Dre D._____, médecin-assistante au Centre M._____, a expliqué ce qui suit :

« La raison du dépôt d'une nouvelle demande est l'atteinte du délai de 10 ans depuis l'arrivée en Suisse. Sur le plan médical, Z._____, née le [...]1972, présente toujours les éléments pour une invalidité de travail à 100 %, comme vous l'aviez confirmé dans votre décision du 24.10.2016. Depuis 2016, les éléments médicaux surajoutés sont les suivants : angioplastie pour une artériopathie des membres inférieurs, à gauche en 2019 et à droite en 2016, et diagnostic d'une pneumopathie interstitielle non spécifique (DD : secondaire au LES ou idiopathique) depuis 2018. »

Interrogée pour avis, la Dre X._____ du SMR a répondu le 26 octobre 2020 que les éléments médicaux invoqués dans le cadre de la nouvelle demande du 26 août 2020 étaient de nouvelles atteintes liées aux diagnostics précédents.

Par projet de décision du 21 janvier 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations. Il a fait savoir à l'intéressée que les atteintes surajoutées mentionnées par le Centre M._____ n'étaient pas de nature à constituer une nouvelle survenance d'invalidité au sens de la jurisprudence, dans la mesure où elles étaient liées aux atteintes déjà prises en considération lors du précédent refus de rente d'invalidité. L'OAI a cependant réexaminé le cas à la lumière de la convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République du Kosovo du 8 juin 2018 (RS 0.831.109.475.1), concluant que, malgré l'entrée en vigueur de ladite convention, l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance pour le droit à une rente d'invalidité.

Désormais représentée par Me Christophe Tafelmacher, avocat à Lausanne, l'assurée a fait valoir ses objections les 24 février et 29 avril 2021. Elle a produit un rapport du 23 novembre 2020 du Dr H._____ et de la Dre T._____, tous deux spécialistes en pneumologie et en médecine interne générale au Centre M._____, qui retenaient les diagnostics suivants :

- « • **Pneumopathie interstitielle non spécifique (NSIP) a minima**
 - DD : idiopathique ou secondaire au lupus érythémateux systémique
- **Probable Shrinking Lung Syndrome (SLS) secondaire au lupus avec :**
 - Parésie diaphragmatique bilatérale à prédominance droite (IRM thoracique du 01.07.2019)
- **Lupus érythémateux systémique (LES) avec :**
 - Insuffisance rénale terminale sur néphrite lupique, hémodialysée depuis 2005
 - Atteinte hématologique avec pancytopénie et anémie hémolytique
 - Péricardite et cardiomyopathie rapidement résolutive sous corticoïdes en 2011
 - Atteinte articulaire (polyarthralgies fluctuantes)
 - Suspicion d'atteinte neurologique en 2010 (troubles psychiatriques, chorée et ataxie à la marche avec DD : dans le cadre d'une hyperglycémie)
 - Anticorps antiphospholipides (anticardiolipines IgM), sans critère pour un syndrome APL
 - ANA 1/80 (fluorescence mouchetée, sans spécificité), notion d'anti-dsDNA positifs dans le passé (Kosovo), consommation chronique du complément
 - Dernières poussées en 2012 (leucopénie, anémie hémolytique, rash malaire), possiblement en 2013 (purpura des membres inférieurs) et en 2015 (anémie hémolytique)
 - Traitements :
 - Ciclosporine de 2012 à 2014 puis de 2015 à 2018
 - Cellcept de 2012 à 2014
 - Plaquenil 200 mg 1x/j stoppé en 2016 (toxicité maculaire)
 - Prednisone au long cours, actuellement 5 mg/j
- **Cryoglobulinémie de type III (polyclonale) en avril 2015 dans le cadre du LES et de l'hépatite C chronique**
- **Hépatite C chronique génotype 1a, guérie :**
 - Ponction-biopsie de foie de 2013 : score Métavir A2-F1
 - Traitement : sofosbuvir/daclatasvir d'avril à juillet 2016
- **Hépatite B ancienne avirémique**
- **Syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère avec IAH 43/h (mai 2013), appareillé par CPAP [Continuous Positive Airway Pressure, pression positive continue dans les voies aériennes]**
- **Mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (index à 30/h)**
- **Hypertension artérielle traitée**
- **Diabète cortico-induit actuellement contrôlé sans traitement**
- **Surpoids selon l'OMS (IMC 27.2 kg/m²)**
- **Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) :**
 - Athéromatose ilio-fémoro-poplitée-jambière diffuse bilatérale
 - Membre inférieur droit :
 - Pontage prothétique en Dacron fémoro (commun) - fémoral (profond) droit avec angioplastie du tronc tibio-

péronier droit par abord inguinal le 04.12.2019 compliquée par :

- Infection précoce du site opératoire avec abcès inguinal droit à *E. coli* au contact de l'artère fémorale commune droite avec pontage prothétique en place le 31.12.2019 traité par débridements itératifs et antibiothérapie
- Angioplastie et pose de 2 stents dans l'artère fémorale superficielle droite pour une AOMI stade IV le 22.07.2016
- Membre inférieur gauche:
 - Angioplastie de l'artère péronière et angioplastie et stenting de l'artère fémorale superficielle du membre inférieur gauche le 26.11.2019
- **Ulcères coliques d'allure ischémique (03/2016) :**
 - Colite au kayexalate
 - Maladie des petits vaisseaux probable
- **Maladie diverticulaire :**
 - Sigmoidectomie et confection d'une colostomie terminale par laparotomie selon Hartmann en juin 2014 pour diverticulite aiguë perforée
 - Rétablissement de continuité par anastomose colo-rectale T-L mécanique le 26.09.2014
- **Polyneuropathie sensitivomotrice axono-myélinique à prédo-minance sensitive d'origine multiple (LES, diabète, dialyse)**
- **Ostéoporose cortico-induite**
- **Lombalgie chronique**
- **Gonarthrose bilatérale**
- **Etat anxio-dépressif**
- **Dermatite séborrhéique du cuir chevelu**
- **Pneumonie nosocomiale basale droite à germe indéterminé le 12.12.2019**
- **Ulcère chronique de la malléole externe droite avec ostéite chronique sous-jacente à *S. aureus* en 02.2019 compliqué par :**
 - Dermohypodermite à *S. aureus* le 26.06.2019 par continuité traitée par antibiothérapie et débridement d'ulcère
 - Actuellement résolu
- **Prothèse totale du genou à droite en 2018**
- **Infection de la cheville droite post biopsie cutanée le 28.06.2016**
- **Fracture de la 6ème côte gauche en 2016**
- **Brûlure électrique non datée :**
 - Ulcère du bord antéro-externe du pied droit en regard de la tête du 5ème métatarsien
 - Ulcère superficiel de la face interne du pied gauche en regard du cou-de-pied
- Syphilis traitée en 2011
- Pancréatite aiguë sur hémobilie post-biopsie hépatique par voie transjugulaire avec embolisation de l'artère hépatique branche V en 2011
- Pneumonie bibasale à germe indéterminé d'acquisition communautaire le 08.08.2011
- Chorée et ataxie à la marche d'origine indéterminée en 2010 »

Les pneumologues précités ont évalué le cas en ces termes :

« **Résumé du cas :**

Nous suivons Z._____ pour une pneumopathie interstitielle a minima avec aspect radiologique de NSIP et une suspicion de shrinking lung syndrome dans le cadre d'un lupus érythémateux systémique. Celui-ci se manifeste principalement par une néphropathie lupique terminale, dialysée. La patiente est en liste d'attente pour une greffe rénale. Nous nous référons à nos précédents courriers.

Sur le plan respiratoire, Z._____ reste paucisymptomatique avec une dyspnée de stade NYHA I, sans toux, expectoration ni hémoptysie. Il n'y a pas eu d'épisode infectieux respiratoire ni ORL récent. Le lupus est anamnesticquement contrôlé sous Prednisone 5 mg/j. Il persiste une claudication intermittente dans un contexte d'AOMI connue. Le périmètre de marche s'est toutefois amélioré depuis les interventions vasculaires de 2019 et la patiente peut maintenant marcher les 4 km qui la séparent du centre de dialyse. Il n'y a pas d'autre symptôme cardio-vasculaire. Il n'y a pas de symptôme digestif ni ORL.

(...)

En résumé, nous observons une surélévation de la coupole diaphragmatique droite depuis 2010 au moins. Le suivi fonctionnel respiratoire depuis janvier 2019 montre un syndrome restrictif moyen, stable, et un trouble de diffusion léger. L'IRM thoracique de juillet 2019 suggérait une parésie diaphragmatique bilatérale à prédominance droite. Il n'y avait alors pas de diminution de la CV couchée ni d'abaissement des pressions respiratoires ni du débit de pointe à la toux. La récente stimulation électromagnétique des nerfs phréniques suggère tout de même une diminution modérée de la force diaphragmatique. Nous retenons donc le diagnostic de probable shrinking lung syndrome dans le cadre du lupus. Nous avons complété les investigations par une ergospirométrie qui montre un abaissement de la capacité d'effort avec une VO_2 au pic à 50% de la valeur attendue, toutefois sans limitation ventilatoire ni désaturation significative à l'effort et avec une limitation principalement ostéo-articulaire (gonalgies). L'échocardiographie ne montre pas d'anomalie majeure.

En l'absence d'aggravation fonctionnelle ni d'insuffisance respiratoire ou d'orthopnée, nous ne retenons pas d'indication à un traitement spécifique pour le moment. Nous encourageons la patiente à poursuivre l'utilisation régulière de la CPAP pour le syndrome d'apnées du sommeil.

Pour ce qui concerne la pneumopathie interstitielle, l'aspect radiologique est compatible avec une NSIP a minima, sans argument pour une maladie évolutive actuellement. La patiente restant paucisymptomatique sur le plan respiratoire, nous n'avons pas d'indication à majorer le traitement immunosuppresseur pour le moment. Nous proposons de poursuivre le suivi clinique et fonctionnel tout en espaçant légèrement l'intervalle de suivi vu la stabilité observée. »

L'OAI a sollicité l'appréciation du SMR. Dans un avis du 11 juin 2021, la Dre X._____ a relevé ce qui suit :

« Assurée polymorbide de longue date, dont un lupus érythémateux systémique duquel elle a développé des atteintes rénale, hématologique, cardiaque, articulaire, neurologique et dermatologique. Elle bénéficie d'un suivi en pneumologie pour pneumopathie interstitielle a minima et une suspicion de shrinking lung syndrome dans le cadre de son lupus érythémateux. Ces atteintes sont très vraisemblablement consécutives au lupus érythémateux d'une part et d'autre part n'occasionnent pas de limitation fonctionnelle significative dans l'axe pneumologique : l'assurée est décrite comme pauci symptomatique avec une dyspnée de stade I (soit à l'effort important inhabituel, sans gêne dans la vie courante), sans autre symptôme clinique (cf. RM service de pneumologie du Centre M._____ du 23.11.2020) »

Par décision du 15 juin 2021, assortie d'une motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé le projet de décision du 21 janvier 2021 pour les mêmes motifs que ceux retenus dans ce dernier.

b) Par acte du 23 août 2021, Z._____, toujours représentée par Me Tafelmacher, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, et subsidiairement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, la recourante soutient qu'elle souffre de nouveaux diagnostics invalidants apparus postérieurement à la décision du 16 janvier 2017. Elle reproche à l'intimé de ne pas avoir suffisamment étayé le lien entre l'affection initiale et les nouveaux diagnostics. A l'appui de son recours, elle a produit :

- Un courrier adressé à Me Tafelmacher le 15 juillet 2021 par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en néphrologie et médecin responsable du centre de dialyse du Centre M._____. Ce médecin a mentionné de grosses difficultés à la marche liées à une polyneuropathie sévère, à des plaies aux pieds et à des fractures consécutives à l'ostéoporose.
- Un rapport du 11 mai 2021 de la Dre R._____, médecin-assistante au Centre M._____ évoquant un petit pseudo-

anévrisme au point de ponction de la veine basilique brachiale droite, occlus post compression le 6 mai 2021.

- Un rapport du 21 mai 2021 du Prof. O.____ et du Dr G.____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre M.____, en relation avec une dermohypodermite de l'avant-pied droit le 4 mai 2021.
- Un rapport du 29 juin 2021 du Dr G.____, mentionnant un mal perforant plantaire de la tête du 1^{er} métatarse droit Wagner II sans contact osseux, un mal perforant plantaire Wagner I de la phalange distale de l'hallux droit et un status post fracture tri-malléolaire de la cheville gauche le 4 mars 2021.

Par réponse du 4 octobre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il se réfère aux motifs de cette dernière.

Répliquant le 4 janvier 2022, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a requis à nouveau la mise en œuvre d'une expertise menée dans un environnement professionnel non familial. A l'appui de son écriture, elle a produit :

- Un rapport du 19 novembre 2021 du Prof. O.____ et du Dr G.____, lesquels ont notamment mentionné les diagnostics de mal perforant plantaire du quatrième orteil droit, de suspicion d'ostéite de la tête de la première phalange et de dermohypodermite associée, ainsi que de status post fracture tri-malléolaire de la cheville gauche avec, le 3 août 2021, une réduction ouverte, une ostéosynthèse et une arthrodèse temporaire calcanéo-talo-tibiale par embrochage rétrograde.
- Un rapport du 8 décembre 2021 du Dr N.____, spécialiste en médecine interne générale au Centre M.____

(hospitalisation pour une entérite à clostridioïdes difficile et norovirus du 29 novembre au 2 décembre 2021).

- Un rapport du 16 décembre 2021 de la Dre K._____, médecin-assistante au Centre M._____, (hospitalisation pour une hématochésie du 4 au 7 décembre 2021).

Dupliquant le 25 janvier 2022, l'intimé a derechef préavisé pour le rejet du recours. Il se réfère à l'avis de la Dre X._____, du SMR du 14 janvier 2022.

Le 7 mars 2022, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et confirmé ses conclusions.

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 fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b 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 d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir si un nouveau cas d'assurance-invalidité est survenu entre le 16 janvier 2017 (première

décision statuant sur le droit à la rente) et le 15 juin 2021 (décision attaquée).

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 15 juin 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

b) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

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 (première phrase). 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 (seconde phrase).

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 atteint dans sa santé (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).

c) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1 et les arrêts cités).

5. Le droit à une rente de l'assurance-invalidité est notamment subordonné à la réalisation préalable de conditions générales d'assurance.

Celles-ci découlent du droit interne mais peuvent également être influencées, en présence d'un élément d'extranéité, par le droit international.

a) Au niveau du droit interne, l'art. 6 al. 1 LAI prévoit que les ressortissants suisses et étrangers ainsi que les apatrides ont droit aux prestations conformément aux dispositions de la LAI, l'art. 39 de cette loi étant réservé. Outre les conditions du domicile et de la résidence en Suisse, les ressortissants étrangers visés par l'art. 6 al. 2 LAI n'ont droit aux prestations que si, lors de la survenance de l'invalidité, ils comptent au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. L'art. 36 al. 1 LAI pose une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, à savoir une durée minimale de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Il convient ainsi de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI, disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des mesures de réadaptation, de l'art. 36 al. 1 LAI qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'AI (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 15 ad art. 6 LAI ; TF 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

La condition de l'art. 36 al. 1 LAI n'est toutefois pas absolue en présence d'un élément d'extranéité.

b) La présente affaire présente un élément d'extranéité en ce sens que la recourante est de nationalité kosovare et a séjourné dans ce pays jusqu'en 2007. Il convient ainsi de rappeler les règles applicables dans le cadre des relations avec le Kosovo, compte tenu de l'entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2019 de la Convention de sécurité sociale conclue le 8 juin 2018 entre la Confédération suisse et la République du Kosovo (ci-après : la convention du 8 juin 2018, RS 0.831.109.475.1).

c) La convention du 8 juin 2018 s'applique en particulier aux ressortissants des États contractants qui sont ou qui ont été soumis aux

dispositions légales de l'un des États contractants (art. 3 let. a). Elle étend ses effets à la LAI (art. 2 par. 1 let. b) mais, sauf disposition contraire, pas aux traités et autres accords internationaux en matière de sécurité sociale conclus par l'un ou l'autre des États contractants avec un État tiers, ni à une législation supranationale de sécurité sociale et aux dispositions d'application qui s'y rapportent (art. 2 par. 2). Par ailleurs, à moins que la convention n'en dispose autrement, les ressortissants de l'un des États contractants ont, en ce qui concerne l'application des dispositions légales de l'autre État contractant, les mêmes droits et obligations que les ressortissants de cet État (art. 4 par. 1).

L'art. 15 de la convention du 8 juin 2018 vise plus particulièrement la totalisation des périodes d'assurance du point de vue des prestations suisses. Cette norme retient que lorsque les périodes d'assurance accomplies par une personne selon les dispositions légales suisses ne permettent pas, à elles seules, de remplir les conditions requises pour avoir droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse, l'institution d'assurance compétente y ajoute, afin de déterminer la naissance du droit aux prestations, les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales kosovares, pendant lesquelles des cotisations ont été versées, pour autant qu'elles ne se superposent pas aux périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses (art. 15 par. 1). Lorsqu'une personne visée à l'art. 3 let. a ne satisfait pas aux conditions requises pour la naissance du droit, malgré l'application des dispositions du par. 1, l'institution suisse prend aussi en considération les périodes d'assurance et les périodes qui leur sont assimilées accomplies dans un État tiers qui a conclu une convention de sécurité sociale avec la Suisse, pour autant que ladite convention prévoie la totalisation des périodes d'assurance pour déterminer la naissance du droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité suisse (art. 15 par. 2). Toutefois, si les périodes d'assurance accomplies selon les dispositions légales suisses sont inférieures à un an, les par. 1 et 2 ne s'appliquent pas (art. 15 par. 3).

Sous l'angle du droit transitoire, l'art. 35 précise que la convention ne confère aucun droit à des prestations pour la période précédant son entrée en vigueur (par. 1), ceci même si les périodes de cotisation accomplies avant l'entrée en vigueur de la convention sont prises en compte (Message concernant l'approbation de la convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Kosovo du 30 novembre 2018, FF 2019 115). Les décisions antérieures à l'entrée en vigueur de la convention ne font en outre pas obstacle à son application (par. 2). Par ailleurs, pour déterminer le droit aux prestations en application de la convention, il est tenu compte des périodes d'assurance accomplies selon la législation de l'un des Etats contractants et des événements assurés intervenus avant la date d'entrée en vigueur de la convention (par. 3). Enfin, les droits des intéressés dont la rente a été refusée ou déterminée avant l'entrée en vigueur de la convention seront, sur demande, révisés d'après dite convention (par. 5 première phrase).

d) La convention du 8 juin 2018 est applicable en l'espèce dès lors que la décision a été rendue le 15 juin 2021 (art. 35 par. 1).

6. Selon la jurisprudence, l'autorité de la chose jugée (formelle et matérielle) de décisions portant sur des prestations durables d'assurance sociale, soit notamment des rentes de l'assurance-invalidité, n'est en principe pas limitée dans le temps. Pour autant que la situation de fait ne soit plus susceptible d'évoluer au moment de la décision, cette autorité s'étend aussi bien aux conditions du droit à la prestation qu'aux facteurs qui en fixent l'étendue. Sous réserve d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA) ou d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), lesdits éléments ne peuvent pas être remis en question et réexaminés à tout moment, sauf si la loi prévoit expressément une autre réglementation (comme c'est le cas en matière de prestations complémentaires ; ATF 128 V 39). Ces principes valent également dans le cadre d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA ou de nouvelle demande.

En cas de nouvelle demande consécutive à un refus de prester fondé sur les conditions d'assurance, on précise que la survenance d'une

atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1 ; TF 9C_294/2013 du 20 août 2013 consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138 ; voir également Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3^e éd., 2014, n. 138 ad art. 4 LAI). Le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse en effet d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveaux de survenance de l'invalidité (TF 9C_566/2020 du 16 juin 2021 consid. 5.3 ; 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 ; 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 5.2 ; 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 3.2 ; 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références ; voir aussi ATF 147 V 133 consid. 5.3 ; voir également Valterio, op. cit., n. 37 ad art. 4 LAI).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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 citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

8. a) La recourante soutient dans un premier temps (cf. acte de recours du 23 août 2021) qu'elle souffre de nouvelles atteintes à sa santé diagnostiquées récemment, plus particulièrement de maladies pulmonaires (cf. rapport du 23 novembre 2020 des Drs H._____ et T._____) ainsi que d'atteintes au niveau des artères des membres

inférieurs, de plaies au niveau des pieds nécessitant un suivi étroit à la consultation de chirurgie septique du Centre M._____ et d'une ostéoporose avec fracture de l'avant-pied gauche. Elle fait valoir que ces atteintes seraient intervenues après la décision du 16 janvier 2017, qu'elles auraient entraîné à elles seules une limitation de sa capacité de gain et qu'elles ne seraient pas liées au lupus érythémateux systémique. L'intéressée reproche au SMR de n'avoir mentionné que de manière très sommaire la vraisemblance du lien entre ces nouveaux diagnostics et la maladie initiale. Dans un deuxième temps (cf. réplique du 4 janvier 2022 et déterminations du 7 mars 2022), la recourante précise son raisonnement, distinguant d'une part une série de diagnostics explicitement liés au lupus érythémateux systémique (insuffisance rénale terminale, la cryoglobulinémie de type III, polyneuropathie sensitivomotrice ou diabète) et d'autre part une série de diagnostics allégués distincts du lupus érythémateux systémique (mal perforant plantaire, hypertension artérielle, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, athéromatose ilio-fémoro-poplitée-jambière diffuse, mouvement périodique des jambes durant le sommeil, syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère, ostéoporose et gonarthrose). Elle soutient que la seconde série de diagnostics engendrerait d'importantes limitations (déplacements, essoufflement rapide à la marche et impossibilité de prendre des escaliers), ceci à partir de 2016, soit postérieurement à l'arrivée en Suisse. Elle en infère que les conditions d'assurances seraient réunies sur la base d'un nouveau cas d'assurance.

b) L'intimé se réfère pour sa part à l'avis SMR du 11 juin 2021 de la Dre X._____ qui estime que les nouvelles atteintes sont très vraisemblablement consécutives au lupus érythémateux affectant la recourante. En duplique, l'office intimé renvoie à un nouvel avis de la Dre X._____ du SMR daté du 14 janvier 2022. Selon cette médecin, les rapports médicaux produits en procédure font état d'atteintes postérieures à la décision attaquée d'une part et ne sont pas responsables de nouvelles limitations fonctionnelles durables d'autre part, étant précisé que les atteintes en question sont consécutives au lupus érythémateux.

9. a) Statuant par décision du 16 janvier 2017 sur la première demande de prestations AI déposée par la recourante, l'OAI avait retenu une incapacité totale de travail à l'origine d'un degré d'invalidité de 100 % depuis 2005. Ainsi, en date du 16 janvier 2017, l'intéressée ne bénéficiait d'aucune capacité de travail depuis 2005 en raison des atteintes à la santé provoquées par un lupus érythémateux systémique, par des hémodialyses pour l'insuffisance rénale terminale, par une polyneuropathie des membres inférieurs et par de nombreuses comorbidités liées à ces diagnostics (cf. rapports du 25 septembre 2015 de la Dre L._____, 24 novembre 2015 du Dr C._____ et du 26 novembre 2015 de la Dre A._____ ; avis SMR du 18 juillet 2016 de la Dre X._____). La demande avait toutefois été rejetée au motif qu'à l'échéance du délai de carence, en 2006, l'assurée ne comptait pas une année de cotisation compte tenu de son arrivée en Suisse en 2010.

b) En présence d'une première demande rejetée au motif que l'assurée ne remplissait pas les conditions générales d'assurance, la survenance d'une atteinte totalement différente de celles qui prévalaient au moment de la décision de rejet et propre à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année est nécessaire.

Il convient donc d'évaluer l'état de santé de la recourante à la lumière des atteintes à la santé survenues avant la décision attaquée du 15 juin 2021 (cf. consid. 3b et 4b ci-avant) et de les comparer avec la situation prévalant le 16 janvier 2017, date de la première décision statuant sur le droit à la rente.

Il y a lieu d'emblée de réfuter l'argument selon lequel le droit à la rente serait justifié par le seul écoulement de dix années depuis l'entrée de la recourante en Suisse comme l'affirme la Dre D._____ du Centre M._____ dans un courrier à l'OAI du 1^{er} octobre 2020 dès lors qu'en vertu de l'art. 36 al. 1 LAI, l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité est, quelle que soit la nationalité de la personne assurée, subordonné à une durée minimale de cotisations lors de la survenance de l'invalidité. Il convient à cet égard de bien distinguer l'art. 6 al. 2 LAI,

disposition qui fixe les conditions supplémentaires auxquelles doivent répondre les ressortissants étrangers pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité, de l'art. 36 al. 1 LAI, disposition qui fixe une condition spécifique pour l'octroi d'une rente ordinaire de l'assurance-invalidité. Il résulte par conséquent de ce qui précède que la recourante doit en tout état de cause pouvoir se prévaloir de trois années de cotisations lors de la survenance de l'invalidité si elle entend prétendre une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 4).

c) La décision du 15 juin 2021 clôt le cadre temporel du présent litige. Hors de cette contrainte chronologique, les hospitalisations au Centre M._____ pour une entérite à clostridioïdes difficile et norovirus du 29 novembre au 2 décembre 2021 (rapport du 8 décembre 2021 du Dr N._____) et pour une hématochésie du 4 au 7 décembre 2021 (rapport du 16 décembre 2021 de la Dre K._____) ne font donc pas partie de l'objet du litige défini par la décision attaquée et ne seront pas prises en considération.

d) Selon le rapport du 1^{er} octobre 2020 de la Dre D._____ et le rapport du 23 novembre 2020 du Dr H._____ et de la Dre T._____ (p. 1), il existe de nouvelles atteintes qui sont toutefois à mettre en relation avec les précédentes. Les pneumologues du Centre M._____ mettent ainsi en relation le syndrome des poumons rétractiles (*Shrinking Lung Syndrome*, SLS) avec le lupus érythémateux systémique dont il constitue une complication et non une nouvelle atteinte indépendante. S'agissant de la pneumopathie interstitielle non spécifique, celle-ci est, au stade du diagnostic différentiel, qualifiée d'idiopathique ou de secondaire au lupus érythémateux systémique par le Dr H._____ et la Dre T._____ ; dans la discussion, ces médecins indiquent en outre qu'il n'y a pas d'argument pour une maladie évolutive actuellement et que la recourante reste paucisymptomatique sur le plan respiratoire. On peut ainsi en déduire, au stade de la vraisemblance prépondérante, un lien entre cette nouvelle atteinte pneumologique et celles d'origine lupique, ainsi que, en tous les cas, l'absence d'effet invalidant de la pneumopathie interstitielle

non spécifique. On n'est ainsi pas en présence d'une atteinte totalement différente de celles qui étaient connues comme le relève à juste titre la Dre X._____ du SMR le 26 octobre 2020, et, même en admettant une origine idiopathique, on relève qu'il ne s'agit pas d'une atteinte invalidante. Ces atteintes ne fondent ainsi pas un nouveau cas d'assurance.

S'agissant des problématiques liées au sommeil, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère est mentionné depuis 2013 par les pneumologues (rapport du 23 novembre 2020 du Dr H._____ et de la Dre T._____), soit avant la décision du 16 janvier 2017. Il convient de mentionner à cet égard que la patiente est appareillée pour réduire l'impact sur sa qualité de vie nocturne. Le rapport médical du 23 novembre 2020 précise que, sur le plan respiratoire, la recourante reste paucisymptomatique avec une dyspnée de stade NYHA I, sans toux, expectoration ni hémoptysie ; il n'y avait pas eu d'épisode infectieux respiratoire ni ORL récent.

La recourante ne fournit aucun élément probant permettant de retenir que le syndrome de mouvements périodiques nocturne des jambes altère de manière significative la qualité de vie nocturne au point d'influer sur sa capacité de travail.

Dans sa réplique du 4 janvier 2022 (p. 4), la recourante a encore précisé la série de diagnostics qui seraient invalidants et distincts du lupus érythémateux systémique (« *C'est le cas en particulier du mal perforant plantaire, de l'hypertension artérielle, de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, de l'athéromatose ilio-fémoro-poplitée-jambière diffuse, du mouvement périodique des jambes durant le sommeil, du syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère, de l'ostéoporose et de la gonarthrose* »). La recourante perd cependant de vue qu'une partie des atteintes est antérieure à la décision du 16 janvier 2017. La gonarthrose, l'ostéoporose et l'hypertension artérielle étaient déjà mentionnées par la Dre L._____ dans son rapport du 25 septembre 2015.

Selon un courrier à l'OAI du 1^{er} octobre 2020 de la Dre D._____, et le rapport du 23 novembre 2020 du Dr H._____ et de la Dre T._____, la recourante a subi une angioplastie pour une artériopathie des membres inférieurs à gauche en 2019 et à droite en 2016, à laquelle il convient de rattacher l'athéromatose ilio-fémoro-poplitée-jambière diffuse. Ces médecins ont toutefois ajouté que, s'il persistait une claudication intermittente, le périmètre de marche s'était toutefois amélioré depuis les interventions vasculaires de 2019 et la patiente pouvait marcher les 4 km qui la séparent du centre de dialyse. Il n'y avait pas d'autres symptômes cardio-vasculaires.

S'agissant du mal perforant plantaire et de la dermo-hypodermite associée dès le mois de mai 2021 (cf. rapports des 21 mai, 29 juin, 19 novembre et 8 décembre 2021 du Prof. O._____ et du Dr G._____), on peut admettre que cette problématique, considérée dans son ensemble, est antérieure au 15 juin 2021, date de la décision attaquée, et qu'elle fait ainsi partie de l'objet du litige (consid. 3b ci-avant). La Dre X._____ relève cependant dans un avis SMR du 12 janvier 2022 produit avec la duplique qu'il s'agit d'une complication commune d'un pied diabétique, à savoir d'une diminution de la sensibilité douloureuse chez les patients diabétiques présentant une atteinte combinée neurologique et vasculaire des extrémités inférieures. Le Dr P._____ explique dans son rapport du 15 juillet 2021 que la recourante souffre depuis des années d'une polyneuropathie sévère, induite par son diabète cortico-induit, c'est-à-dire causé par la prise durant une longue date de corticostéroïdes pour traiter sa maladie lupique. Il s'ensuit que ces atteintes sont consécutives aux complications liées aux atteintes initiales et ne constituent pas des atteintes totalement différentes réalisant un nouveau cas d'assurance. Au demeurant, ces atteintes ne présentent pas de caractère durablement invalidant dès lors que la recourante était autonome à la marche à sa sortie du Centre M._____ le 11 novembre 2021 (rapport du 19 novembre 2021 du Prof. O._____ et du Dr G._____) et qu'une éventuelle amputation du quatrième orteil ne modifierait que peu la statique du pied (avis SMR du 12 janvier 2022). La

situation décrite par le Dr P._____ dans son courrier du 15 juillet 2021 à Me Tafelmacher apparaît ainsi temporaire et ne ferait pas obstacle, sur un plan médico-théorique et au terme du traitement, à l'exercice d'une activité sédentaire légère comme la profession de couturière apprise au Kosovo, si l'on ne considérait que les atteintes orthopédiques. Il est également relevé que les fractures du pied gauche sont attribuées à l'ostéoporose connue de longue date (courrier du 15 juillet 2021 du Dr P._____ à Me Tafelmacher), étant précisé qu'en septembre 2015 déjà la Dre L._____ avait constaté une fracture de la tête des métatarsiens en avril 2015 dans le cadre de l'ostéoporose fracturaire. Les rapports médicaux au dossier montrent que ces atteintes, toutes liées au diabète et à l'ostéoporose, ne relèvent ainsi en aucun cas d'un nouveau cas d'assurances.

Enfin, le petit pseudo-anévrisme survenu le 6 mai 2021 n'entraîne pas de limitations fonctionnelles durables, étant précisé qu'après une intervention localisée et un contrôle rassurant, la situation a bien évolué (cf. rapport du 11 mai 2021 du Centre M._____). Cela étant, cette atteinte est survenue après la décision et n'est donc pas concernée par elle. Quant aux atteintes au sommeil, elles ont été traitées ci-avant.

e) En définitive, les pièces au dossier ne permettent pas de retenir l'existence d'atteintes invalidantes totalement nouvelles, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a refusé la révision sous cet angle vu l'absence de nouveau cas d'assurance.

9. Il reste à examiner la situation sous l'angle de la convention du 8 juin 2018, la demande pouvant être assimilée à une demande de révision au sens de l'art. 35 par. 5 de la convention. A ce propos, l'office intimé a essentiellement retenu que la période de cotisations en Suisse n'atteignait pas une année lors de la survenance de l'invalidité et que, de ce fait, la comptabilisation des périodes de cotisations réalisées au Kosovo était exclue conformément à l'art. 15 par. 3 de la convention. Il en résultait que les conditions générales d'assurance en matière de rente d'invalidité n'étaient pas réalisées.

Il résulte en effet de l'art. 15 de la convention du 8 juin 2018 que, lorsque les exigences posées par le droit suisse en matière de période de cotisations ne permettent pas d'ouvrir le droit à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité (au moins trois ans de cotisations selon l'art. 36 al. 1 LAI), les périodes de cotisations réalisées au Kosovo (par. 1) ou dans un autre Etat (par. 2) peuvent être prises en compte pour y remédier, ce qui est par contre exclu lorsque la période de cotisations accomplie selon le droit suisse n'atteint pas une année (par. 3). En l'espèce, il est constant que la période de cotisations de la recourante au moment de la survenance de l'invalidité est inférieure à trois ans, de sorte qu'elle ne satisfait pas à la condition de l'art. 36 al. 1 LAI (cf. consid. 4a supra). Dite période de cotisation s'avère toutefois également inférieure à une année, de sorte que la totalisation des périodes d'assurance au sens de l'art. 15 par. 1 ou 2 de la convention est exclue, conformément à l'art. 15 par. 3 de ce même texte.

Le séjour en [...] de la recourante de 2007 à 2010 ne lui est par ailleurs d'aucun secours. La recourante, de toute manière invalide depuis 2006, n'a au demeurant ni la nationalité suisse ni la nationalité d'un Etat membre de l'UE, de sorte qu'elle n'entre pas dans le champ d'application personnel de l'ALCP et ne peut se prévaloir d'éventuelles périodes de cotisations accomplies en Suède pour prétendre à une rente ordinaire d'invalidité suisse. La convention du 8 juin 2018 prévoit expressément, à son art. 2 par. 2, que la législation supranationale de sécurité sociale – telle que l'ALCP – ainsi que les dispositions d'application qui s'y rapportent échappent au champ d'application matériel défini à l'art. 2 par. 1. Ce texte fait ainsi obstacle à ce que, par le truchement de l'ALCP et de ses règlements, les périodes de cotisations accomplies par un ressortissant kosovar dans un Etat membre de l'UE (en l'occurrence la [...]) puissent être prises en considération pour déterminer le droit aux prestations en Suisse.

10. Dans un ultime moyen, la recourante soutient que le refus de l'intimé la placerait dans une situation précaire.

Dans ce cadre fixé par la Constitution, le législateur a défini les conditions d'assurances applicables à l'AI, ces dernières étant parfois précisées par des traités internationaux. Il y a lieu de relever que les conditions d'assurance sont applicables à toutes et tous pour définir un cadre aux prestations de l'AI et plus particulièrement pour traiter les assurés dans une même situation de la même manière (art. 8 et 9 Cst. ; ATF 144 I 113 consid. 5.1.1 ; 142 V 316 consid. 6.1.1). Dès lors que l'intimé a correctement appliqué les conditions d'assurances, l'office intimé n'a pas agi de manière arbitraire et ne pouvait tenir compte de l'éventuelle situation précaire de l'assurée pour rendre sa décision sans risque d'arbitraire.

11. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

12. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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.

c) 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 LPG).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 juin 2021 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 Z._____.
- 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 Christophe Tafelmacher (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :