

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 août 2023

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

M. Piguet et Mme Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, est entrée en Suisse en 2006. Mariée et mère de famille, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative.

Elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 6 novembre 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Sur demande de l'OAI, elle a indiqué, le 27 novembre 2013, que sans atteinte à la santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative.

Le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 13 janvier 2014. Il a retenu les diagnostics de dorsalgies récurrentes, d'irradiations intrathoraciques dans un contexte dégénératif, de trouble somatoforme, d'hyperréactivité bronchique et d'obésité, accompagnés d'un « terrain dépressif dans un contexte psychosocial favorisant ».

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a diligenté une expertise de l'assurée, réalisée au sein des Hôpitaux D. \_\_\_\_\_ par les Drs G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport correspondant du 26 février 2016 a fait état des diagnostics d'obésité morbide avec un indice de masse corporelle (BMI) à 38,5 depuis 2008, d'hyperréactivité bronchique depuis 2011, de polyarthrose et d'infections urinaires à répétition depuis 2013. Une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sans position debout prolongée en raison de l'obésité, était préservée.

Par avis du 10 mars 2016, le SMR s'est pour l'essentiel rallié aux conclusions ci-dessus. Il a mentionné, au titre de limitations fonctionnelles supplémentaires, une intolérance aux produits ménagers, solvants ménagers et produits de nettoyage.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage, effectuée le 9 juin 2016 au domicile de l'assurée. A l'issue de son rapport du 27 juin 2016, l'enquêtrice de l'OAI a considéré que l'assurée revêtait un statut de ménagère à plein temps. Elle a uniquement rapporté des empêchements pour l'entretien du logement, à hauteur de 15 %, vu l'intolérance aux produits de nettoyage. Au surplus, l'assurée continuait à se charger des tâches ménagères dans la même mesure qu'avant d'être atteinte dans sa santé, en effectuant les tâches plus lentement ou en les fractionnant. L'aide des membres de la famille vivant sous le même toit (époux et deux fils) était considérée comme raisonnablement exigible, pour certaines tâches plus lourdes. Le degré d'invalidité s'élevait en définitive à 2,7 %, l'entretien du logement représentant 18 % de l'activité ménagère totale.

Par décision du 29 septembre 2016, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 2,7 %. Cette décision est entrée en force, en l'absence de recours subséquent.

**B.** En date du 4 mars 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport à l'OAI relatant sa prise en charge de B.\_\_\_\_\_ dès le 16 août 2019. Il a évoqué les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique depuis 2001. Les diagnostics d'expérience de catastrophe, de guerre et autres hostilités, ainsi que des difficultés liées à la situation sociale et d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, étaient mentionnés en tant que diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, depuis 1980 - 1988, respectivement depuis 1990.

Invitée à solliciter personnellement le réexamen de son droit à des prestations et, cas échéant, à rendre plausible une aggravation de son état de santé, l'assurée a complété à cette fin un nouveau formulaire de demande de prestations le 24 mars 2020. Elle a précisé souffrir de

troubles psychologiques et de dépression, tout en renvoyant à ses médecins traitants pour de plus amples informations.

Par avis du 23 avril 2020, le SMR a indiqué ne pas disposer d'élément médical rapportant une aggravation de l'état de santé de l'assurée.

L'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 4 juin 2020, estimant que le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 4 mars 2020 faisait uniquement état d'une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée.

L'assurée a contesté la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte de recours du 28 juin 2020. Etaient annexés à son écriture un rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 26 juin 2020, qui attestait notamment d'opérations du tunnel carpien et d'une gonarthrose très sévère impliquant la pose de prothèses de genoux, des rapports d'imagerie médicale des 10 janvier et 3 mars 2020 (colonne cervicale, genoux) et d'électroneuromyographie (ENMG) du 29 janvier 2020, ainsi qu'une correspondance du cabinet du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2019, relatant un trouble dépressif, un stress post-traumatique et des difficultés liées à une enfance malheureuse.

Par arrêt du 14 janvier 2021 (AI 213/20 - 12/2021), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 4 juin 2020.

Le Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public déposé par l'assurée contre l'arrêt cantonal susmentionné, dans un arrêt du 3 mars 2021 (TF 9C\_110/2021).

**C.** B. \_\_\_\_\_ a sollicité une nouvelle fois des prestations de l'assurance-invalidité par formulaire parvenu à l'OAI le 7 juin 2021.

Sur incitation de l'OAI, elle a adressé des pièces médicales en date du 5 juillet 2021, en vue de rendre plausible une péjoration de son état de santé, à savoir :

- le rapport d'ENMG, réalisé par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 29 janvier 2020, concluant à des signes d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, avec une importante atteinte myélinique, sensitive et motrice, plus marquée à droite ;
- le rapport du 3 mars 2020, consécutif à des radiographies des genoux, concluant à une gonarthrose tricompartmentale sévère ;
- un rapport du 22 juin 2021, consécutif à des radiographies de la colonne thoracique et lombaire et à des ultrasons des parties molles, concluant à des modifications dégénératives de la colonne, ainsi qu'à des modifications dégénératives costo-chondrales ;
- une attestation du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2021, lequel confirmait la prise en charge de l'assurée, depuis août 2020, en raison de son obésité, associée à une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie, un syndrome des apnées du sommeil et un asthme ;
- un rapport du Dr C.\_\_\_\_\_ du 2 juillet 2021, relatant les diagnostics de dorsolombalgies sur discopathies étagées, obésité et facettarthrose étagée, gonarthrose tricompartmentale sévère, talalgie droite avec éperon calcanéen, syndrome du tunnel carpien bilatéral (opéré seulement à droite), doigt à ressaut ; le Dr C.\_\_\_\_\_ indiquait que les plaintes fonctionnelles de sa patiente s'étaient aggravées (notamment en lien avec l'endurance à la marche, la station debout, la station assise et l'effort, le port de charges d'environ 5 kg) ; la capacité de travail était, à son avis, restreinte à 20 % dans une activité adaptée.

Le 16 août 2021, l'assurée a signalé qu'en bonne santé, elle aurait déployé une activité lucrative à 60 % dans le secteur du ménage et des nettoyages depuis 2013.

Par rapport du 13 octobre 2021, le Dr L.\_\_\_\_\_ a souligné avoir assumé le suivi spécialisé de l'assurée entre le 16 août 2019 et le 26 juillet 2021. Elle ne l'avait plus beaucoup consulté depuis son précédent rapport établi en février [recte : mars] 2020. Son état de santé semblait péjoré, notamment en raison de conflits conjugaux et familiaux. Elle présentait des troubles dépressifs, des séquelles post-traumatiques et divers problèmes somatiques. La médication antidépressive et anxiolytique avait été stoppée par crainte des effets secondaires. Le Dr L.\_\_\_\_\_ retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et de stress post-traumatique depuis 2001, au titre des diagnostics incapacitants. Il réitérait ceux d'expérience de catastrophe, de guerre et autres hostilités, de difficultés liées à la situation psychosociale et de difficultés d'adaptation à une nouvelle vie depuis les années 1980, respectivement 1990. Il considérait que la capacité de travail était nulle.

Le 14 décembre 2021, l'assuré a fait parvenir un rapport d'échographie de la paume de la main droite du 13 octobre 2021, lequel mettait en évidence des arguments en faveur d'une ténosynovite des tendons fléchisseurs des 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> doigts, avec un petit kyste ténosynovial du tendon fléchisseur du 4<sup>ème</sup> doigt.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a adressé à l'OAI, dans le courant du mois de décembre 2021, un tirage des protocoles opératoires établis les 15 mai et 3 juillet 2020 à la suite des interventions réalisées auprès de l'assurée, à savoir des cures du tunnel carpien droit et du doigt à ressaut.

Sur questions de l'OAI, le Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ a confirmé, le 1<sup>er</sup> février 2022, la prise en charge de l'assurée dès août 2020, en

raison de son obésité. Celle-ci avait perdu 5 kg et maintenu la stabilisation de son poids. L'obésité impactait sa capacité de travail, en particulier eu égard aux conséquences ostéoarticulaires. Le Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de se prononcer sur l'évolution de dite capacité et sur les limitations fonctionnelles de l'assurée. Il renvoyait à l'avis de ses médecins traitants.

Dans un avis du 28 février 2022, le SMR a estimé qu'il n'y avait aucun élément médical nouveau justifiant une aggravation ou une modification durable de l'état de santé. Il s'est en conséquence référé à la teneur de son précédent avis du 10 mars 2016.

Par décision du 25 avril 2022, reprenant les termes d'un projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2022, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles, faute de modification de son état de santé depuis la décision rendue le 29 septembre 2016.

**D.** B. \_\_\_\_\_ a déféré la décision du 25 avril 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 5 mai 2022, concluant au réexamen de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle a argué d'une détérioration de son état de santé physique et psychique, se prévalant des rapports versés au dossier de l'OAI à l'appui de sa demande de prestations du 7 juin 2021.

L'OAI a répondu au recours le 20 juin 2022 et conclu à son rejet, en renvoyant aux termes de l'avis du SMR du 28 février 2022.

Par réplique du 7 juillet 2022, l'assurée a exposé ne plus avoir été suivie sur le plan psychiatrique en raison de la pandémie de coronavirus. Elle souffrait en outre de difficultés à se mouvoir. Était produite une attestation rédigée le 7 juillet 2022 par le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, lequel retenait les diagnostics d'obésité avec limitation de l'endurance physique, d'apnée du sommeil sévère, de déconditionnement musculaire et physique avec faible résistance à l'effort, d'état anxiodépressif chronique, d'hypertension artérielle traitée,

de discopathie étagée et de syndrome du tunnel carpien. Il mentionnait par ailleurs un « obstacle linguistique majeur ».

L'OAI a maintenu ses conclusions dans une duplique du 29 août 2022.

### **E n d r o i t :**

**1.**       **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Quoique succinctement motivé, il respecte les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.**       En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.**       **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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).

**b)** 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 antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**c)** En l'occurrence, la décision attaquée date du 25 avril 2022. Elle porte sur une demande de révision formulée par la recourante dans le courant de l'année 2021, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé physique et psychique. Elle se fonde, pour l'essentiel, sur des pièces médicales datées de 2020 et 2021. Dans la mesure où tous les éléments déterminants de l'état de fait sont antérieurs au 1<sup>er</sup> janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

**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)** 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).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). 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 31 décembre 2021), 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 l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**5. a)** Pour déterminer le statut de l'assuré, il faut à chaque fois se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment

tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

**b)** En l'espèce, aux termes de la décision du 29 septembre 2016, la recourante a été considérée par l'intimé comme une personne non active, qui se consacrerait intégralement à son ménage si elle était en bonne santé. L'intimé n'a fait aucun cas des informations communiquées le 16 août 2021 par la recourante, selon lesquelles elle aurait déployé une activité lucrative à 60 % dès 2013, vraisemblablement en raison de l'arrivée à la retraite de son conjoint, au demeurant à compter d'une date antérieure à la précédente décision au fond. La décision litigieuse du 25 avril 2022 n'en fait pas mention, de sorte que l'on peut déduire que l'intimé n'a pas réexaminé la question du statut de la recourante. Cette dernière ne soulève aucun grief à cet égard. Cela étant, il convient de rappeler que la recourante ne dispose d'aucune formation professionnelle et qu'elle n'a jamais exercé d'activité lucrative, ni dans son pays d'origine, ni en Suisse. Quand bien même la scolarisation de son dernier fils, né en 2008, lui aurait permis de rechercher une activité, éventuellement à temps partiel, la recourante n'atteste d'aucune démarche entreprise à cette fin. Dès lors, on ne saurait considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la situation de son conjoint (désormais retraité ; auparavant au bénéfice d'une rente d'invalidité) aurait sérieusement déterminé un changement de son statut de ménagère à temps complet. Partant, il y a lieu de retenir que le statut de la recourante est bien celui d'une personne se consacrant intégralement à son ménage, sans aucune modification à cet égard depuis la décision du 29 septembre 2016.

**6. a)** Pour pouvoir 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 (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).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**7. a)** A l'occasion de la précédente décision au fond, datée du 29 septembre 2016, la recourante a fait l'objet d'une expertise sur les plans psychiatrique et de médecine interne au sein des Hôpitaux D.\_\_\_\_\_. Les experts avaient communiqué leurs conclusions en ces

termes, en lien avec l'analyse de l'état de santé psychique de la  
recourante :

« L'expertisée ne présente pas de trouble psychiatrique. Les éléments qu'elle rapporte comme une baisse de moral ou une baisse de motivation occasionnelle sont proportionnés et réactionnels à des événements stressants ou à une fatigue passagère. Ils ne s'inscrivent pas dans une pathologie psychiatrique au long cours. Dans l'ensemble, l'expertisée décrit un tableau clinique fonctionnel et dans la norme. En effet, elle dit être heureuse de vivre et avoir beaucoup de plaisir dans ses différentes activités.

Malgré ses inquiétudes qui peuvent paraître excessives par moment, elle ne semble pas présenter de troubles anxieux. En effet, ses soucis ne sont pas envahissants, ils sont limités au domaine de la famille et ne l'empêchent pas de fonctionner dans son quotidien. Un syndrome post-traumatique est également exclu. Elle décrit quelques cauchemars mais on n'objective pas d'autre manifestation de reviviscence des événements vécus [...] ou de symptomatologie d'hypervigilance.

Elle ne présente pas non plus de troubles de l'humeur ni de trouble psychotique.

Elle ne présente pas d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité. Sa capacité d'adaptation peut paraître limitée, mais cela peut sans doute être en lien avec son manque de formation. [...] »

**b)** Le Dr L. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, pris en considération les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique dès 2001. Il a fait état des constats médicaux ci-après, le 4 mars 2020, à la suite de sa prise en charge spécialisée entamée le 16 août 2019 :

« [...] Au plan psychique :

Madame souffre de troubles du sommeil et fait souvent des cauchemars liés à la guerre. Elle revoit souvent les blessés de guerre rapatriés à l'hôpital, les morts jonchés sur les routes, les incendies et les bombardements subis durant sa vie [...]. Elle a des flashbacks au quotidien. Elle évite de regarder les nouvelles pour ne pas réactiver les souffrances endurées [...], à cause de la tyrannie et la dictature autant du gouvernement que de [...] qui a plongé la population dans la pauvreté, la violence et le désespoir.

Les réveils nocturnes sont fréquents avec des difficultés à l'endormissement et [elle] se réveille le matin très fatiguée. Elle mentionne beaucoup d'oublis et un manque de concentration alors même qu'elle se rappelle bien de nombreuses dates importantes dans sa vie.

Elle est certes entourée par sa famille et de nombreuses amies mais elle souffre de solitude car elle craint de se confier et ne supporte pas de donner une image d'elle fragile. Elle rapporte que les médicaments et nos séances thérapeutiques sont très utiles pour elle et s'en veut de ne pas être venue plus tôt. Elle profite et investit notre espace thérapeutique.

L'humeur est fortement déprimée la plupart du temps, elle se sent triste et n'a plus de plaisir dans ses activités quotidiennes. Sa détresse est décuplée depuis que les autorités ont refusé de renouveler son permis de séjour à cause de son niveau de français jugé bas. Elle ne voit pas d'issue à son avenir et se sent impuissante face à la grande machine administrative de la vie en Suisse.

Elle ne comprend pas ce refus de renouvellement de permis de séjour ainsi que les nombreuses lettres communales qui la sollicitent et l'incitent à rechercher un emploi maintenant alors qu'elle se sent comme « une ruine ». Elle est triste et se sent perdue, ne voit pas d'issue à son avenir. La patiente rapporte qu'elle est vite fatiguée, irritable et anxieuse. Elle sollicite son mari ou son cadet pour l'aider lorsqu'elle n'a plus la force à accomplir ses tâches quotidiennes. Elle rapporte avoir changé, s'énerve trop vite. Elle aimerait se sentir davantage utile à la société et donner une image positive si sa santé pouvait être meilleure. »

Le 13 octobre 2021, le Dr L. \_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'intimé, reprenant les diagnostics précédemment invoqués. Il a précisé ce qui suit :

« [...] Nous vous renvoyons au rapport de février [recte : mars] 2020 car la patiente est revenue en séance peu de fois depuis. Toutefois, nous vous informons que certains symptômes sont péjorés et elle nous fait part également de conflits conjugaux et familiaux qui la préoccupent.

[...]

Madame présente des troubles dépressifs, des séquelles post-traumatiques, et souffre de divers problèmes somatiques (obésité, problèmes des articulations, apnées du sommeil, tunnel carpien, etc.)

Madame rapporte qu'elle a de plus en plus de douleurs qui l'empêchent de réaliser certaines activités dans son quotidien.

[...]

Madame rapporte qu'elle souffre davantage de troubles du sommeil et fait souvent des cauchemars. Elle a des flashbacks au quotidien. En effet, Madame dit avoir stoppé sa médication car elle craint l'addiction et une prise de poids.

Elle dit qu'actuellement elle est davantage fatiguée, irritable et anxieuse.

Elle rapporte avoir changé, s'énerve trop vite notamment avec son mari. Elle se dit fatiguée de s'occuper de porter toute seule sa famille et qu'elle n'a plus de ressources [...]. »

**c)** En l'espèce, ainsi que la Cour de céans l'a souligné dans son arrêt du 14 janvier 2021, on peut d'emblée relever que les diagnostics avancés \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ le Dr L. \_\_\_\_\_ en mars 2020, réitérés en octobre 2021, ont été investigués par les experts des Hôpitaux D. \_\_\_\_\_ et dûment écartés dans leur rapport du 26 février 2016. S'agissant de la problématique liée aux

expériences de guerre vécues par la recourante, les experts ont relevé la capacité de la recourante à gérer adéquatement les souvenirs de son passé, en dépit de son émotivité à l'évocation de la situation de son pays d'origine (cf. rapport d'expertise du 26 février 2016, p. 6 et 8). Ils n'ont dès lors aucunement envisagé le diagnostic d'état de stress post-traumatique avancé par le Dr L.\_\_\_\_\_. Quant à un possible trouble dépressif, les experts ont évoqué des baisses de moral temporaires, que la recourante parvenait toutefois à surmonter, compte tenu de la structure de sa personnalité, ainsi que grâce au soutien familial (cf. ibidem, p. 10). Ces constats ont permis aux experts d'exclure toute pathologie dépressive ou anxieuse. Les problèmes d'endormissement et de fatigue, soulignés par le Dr L.\_\_\_\_\_, ont également été rapportés par les experts des Hôpitaux D.\_\_\_\_\_, sans toutefois pouvoir être rattachés à une pathologie psychiatrique au long cours (cf. ibidem, p. 10).

**d)** La situation exposée par le Dr L.\_\_\_\_\_ le 13 octobre 2021 ne diverge pas sensiblement de celle exposée par ce même praticien en mars 2020, en dépit de l'allégation de problèmes familiaux et conjugaux. En particulier, on peut derechef constater que le Dr L.\_\_\_\_\_ ne fait part d'aucune description clinique de sa patiente et qu'il se contente de rapporter les propos de cette dernière, sans fournir aucun avis spécialisé à même de justifier les diagnostics retenus. On relèvera en outre que la recourante a interrompu spontanément sa médication, tandis que sa prise en charge auprès du Dr L.\_\_\_\_\_ semble s'être espacée. Compte tenu de ces éléments, il y a lieu de considérer que l'état de santé de la recourante est demeuré, pour l'essentiel, stationnaire sur le plan psychique, par rapport aux constats pris en considération lors de la précédente décision au fond rendue par l'intimé. Un motif de révision de cette décision, au sens de l'art. 17 LPGA, peut donc être exclu de ce point de vue.

**8. a)** S'agissant du registre somatique, les experts des Hôpitaux D.\_\_\_\_\_ avaient conclu leur analyse comme suit le 26 février 2016, retenant notamment les diagnostics d'obésité et de polyarthrose :

« [...] L'expertisée présente par contre plusieurs troubles somatiques. En effet, entre 2006 et 2008, elle a pris du poids de

manière excessive. Cette obésité a pour conséquences une limitation physique qui se manifeste par des douleurs articulaires et dorsales, des difficultés respiratoires et par une fatigue. Elle dit avoir déjà tenté plusieurs stratégies pour perdre du poids mais sans succès à ce jour. Il lui reste toutefois la possibilité d'une intervention chirurgicale afin d'améliorer son obésité et ses conséquences, mais elle [la] refuse par crainte de complications.

Son médecin traitant pense que l'expertisée présente des critères en faveur d'une symptomatologie psychosomatique (par exemple un trouble somatoforme douloureux). Ceux-ci n'ont toutefois pas été retrouvés durant les entretiens. En effet, les douleurs décrites semblent être localisées et secondaires à l'arthrose et au problème de poids.

Malgré certaines limitations physiques, l'expertisée garde donc une capacité de travail maximum pour autant qu'elle trouve une activité adaptée à sa condition physique. En effet, elle décrit dans sa journée type un quotidien tout à fait fonctionnel avec de bonnes stratégies d'adaptation aux limitations physiques. Elle arrive à assumer un minimum des tâches quotidiennes, pour elle-même, son fils et le reste de la famille. Elle garde une certaine sociabilité. Elle risque toutefois d'être limitée par son manque de formation et le fait qu'elle ne parle pas le français, mais cela ne constitue pas des limitations d'ordre médical. »

**b)** Dans le cadre de la demande de prestation formulée le 7 juin 2021, il apparaît que les problèmes d'arthrose et ceux consécutifs à l'obésité, précédemment mis en évidence auprès de la recourante, ont été objectivés par des imageries médicales. Le 3 mars 2020, des radiographies des genoux ont permis de conclure à une « gonarthrose tricompartmentale sévère, plus marquée du côté droit et plus sévère au niveau du compartiment fémoro-patellaire des deux côtés, avec en particulier un pincement de l'interligne articulaire du compartiment fémoro-tibial interne, marqué du côté droit, et pincement sévère de l'interligne articulaire du compartiment fémoro-patellaire des deux côtés et ostéophytose exubérante au niveau du compartiment fémoro-patellaire ». Des modifications dégénératives de la colonne thoracique et lombaire ont également été rapportées le 22 juin 2021 consécutivement à des radiographies. Ces éléments ne constituent toutefois pas de nouvelles atteintes à la santé par rapport à la situation analysée en 2016. Ils viennent bien plutôt corroborer les observations précédemment communiquées par les experts des Hôpitaux D. \_\_\_\_\_ en lien avec les conséquences de l'obésité et la polyarthrose. En présence de processus dégénératifs, forcément évolutifs, il n'y a pas lieu de considérer que ceux-

ci entraînent des modifications significatives de l'état de santé somatique de la recourante depuis la décision rendue en 2016.

**c)** Eu égard au syndrome du tunnel carpien et au doigt à ressort, on peut considérer, à l'instar de l'intimé, respectivement du SMR, que ces problématiques ne revêtent pas un caractère durable et sérieusement incapacitant, alors que la recourante a fait l'objet des cures chirurgicales adéquates. Le Dr P.\_\_\_\_\_ n'a du reste fait aucun commentaire en lien avec la prise en charge de la recourante dans ce contexte, se contentant de fournir les protocoles de ses interventions (cf. documents réceptionnés de ce spécialiste par l'intimé le 28 décembre 2021). On ne voit pas davantage que la ténosynovite et le kyste ténosynovial mis en évidence aux doigts, à la suite de l'échographie du 13 octobre 2021, soient de nature à engendrer des entraves durables aux capacités fonctionnelles de la recourante. Il en va au demeurant de même du syndrome des apnées du sommeil, lequel est susceptible de s'amender sous traitement adéquat.

**9. a)** Relativement aux limitations fonctionnelles de la recourante, les experts des Hôpitaux D.\_\_\_\_\_ avaient évoqué, en février 2016, la position debout en raison de l'obésité morbide (cf. rapport d'expertise du 26 février 2016, p. 8). Le SMR avait, au surplus, pris en compte une intolérance aux solvants et produits de nettoyage (cf. avis du 10 mars 2016).

**b)** Aux termes de son rapport du 2 juillet 2021 à l'intimé, le Dr C.\_\_\_\_\_ a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : des restrictions quant au port de charge supérieure à 5 kg et aux tâches effectuées bras en l'air ou au-dessus de la tête, la nécessité d'alterner les postures assise et debout, des limitations de l'endurance à la marche, à la montée et descente d'escaliers, à l'utilisation d'échelles ou d'escabeaux, ainsi qu'une incapacité à la position accroupie, à genoux, en tailleur et penchée en avant.

**c)** On relève d'emblée que les limitations énumérées par le Dr C. \_\_\_\_\_ sont superposables à celles qu'il avait énoncées à l'occasion de son premier rapport à l'intimé, daté du 13 janvier 2014. Cela étant, même ces limitations devaient être désormais prises en considération en faveur de la recourante, on ne voit pas qu'elles justifieraient des empêchements supplémentaires dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, susceptibles d'être fractionnées et réalisées à un rythme compatible avec son état de santé. Dès lors, il n'y a pas lieu de considérer que ces restrictions fonctionnelles constituent un motif de révision qui justifierait une nouvelle évaluation de ses empêchements ménagers.

**d)** On ajoutera enfin que l'attestation médicale du 7 juillet 2022 du Dr E. \_\_\_\_\_, lequel ne fait qu'énumérer les différents diagnostics affectant sa patiente, sans aucune description clinique, ne fournit aucun élément médical nouveau ou inconnu de l'intimé.

**10.** En définitive, force est de constater que l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré de manière notable entre la décision du 29 septembre 2016 et la décision litigieuse. Les conditions d'une révision du droit aux prestations au sens de l'art. 17 LPGA, applicable par analogie, ne sont donc pas réunies in casu.

**11. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 25 avril 2022 confirmée.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

**c)** En outre, n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon pas représentée par un mandataire professionnel, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 25 avril 2022 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 portés à la charge de la recourante.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :