

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2024

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 87 RAI ; art. 82 LPA-VD.

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité déposée le 21 avril 2010 par P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante),

vu la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 14 septembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annulée le 19 mars 2013 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 244/12 - 62/2013) avec renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction sur le plan médical,

vu la décision de refus de rente d'invalidité rendue le 2 juillet 2015 par l'OAI - à la suite d'un rapport d'expertise rhumatologique établi le 27 novembre 2013 par le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport - et dont la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a prononcé l'annulation par arrêt du 20 septembre 2016 (AI 252/15 - 245/2016), la cause étant renvoyée à l'office pour complément d'instruction sur le plan médical,

vu le mandat d'expertise pluridisciplinaire confié par l'OAI aux Drs B._____, spécialiste en rhumatologie, T._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en cardiologie, du Centre [...] (ci-après : Centre M._____), dont le rapport du 15 décembre 2017 retenait, d'une part, les diagnostics incapacitants d'arthrose cervicale depuis au moins quinze ans, de spondylolisthésis L5-S1 avec discopathie L5-S1 depuis le 18 février 2010 et de chondropathie rotulienne depuis le 17 juillet 2017 et, d'autre part, les atteintes sans impact sur la capacité de travail de personnalité accentuée immature (Z73.1), de syndrome métabolique (avec obésité, hypertension artérielle, diabète de type 2 insulino-traité et dyslipidémie) et de cardiopathie hypertensive, tout en exposant notamment ce qui suit :

"Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne

L'assurée présente une dyslipidémie, une hypertension artérielle, un tabagisme d'importance moyenne et un diabète insulino-requérant, qui n'ont aucune manifestation clinique. A l'exception du tabagisme, les trois autres diagnostics sont tous traités médicamenteusement (très bonne compliance médicamenteuse), permettant pour les trois d'avoir des valeurs biologiques normales ou du moins très proches de la norme (notamment pour la dyslipidémie). Il n'y a donc aucune incidence sur la capacité de travail pour ces quatre diagnostics.

Reste l'obésité morbide (BMI 50,9 [recte : 54,1] kg/m²), [...]. Cette obésité morbide n'a certes pas d'incidence sur la capacité de travail en tant que ménagère chez notre assurée. Néanmoins, elle entrave l'assurée dans les déplacements. Même les mouvements les plus simples, comme par exemple faire la cuisine, sont alourdis par cette obésité, de même que les mouvements du tronc sont ressentis comme très pénibles, et le moindre effort physique déclenche une dyspnée, certes due à l'obésité. En revanche, l'examen clinique ne montre aucun[e] difficult[é] [pour] s'habiller et [se] déshabiller.

Avec un poids moins haut, l'assurée ne présenterait pas de dyspnée à l'effort et n'aurait [pas] de peine à se mouvoir librement. Selon toute vraisemblance, son hypertension et son diabète seraient moins marqués. Elle ne serait pas sédentaire et pourrait vaquer à toute occupation sans restriction.

Sur le plan rhumatologique

L'assurée se plaint[,] depuis 2008, de douleurs diffuses cervicales et dorsolombaires, irradiant à la fois dans les membres supérieurs et les membres inférieurs, sans support anatomique précis à l'examen clinique ce jour. Elle signale que ses douleurs datent de bien plus longtemps (depuis 15 à 17 ans) [...].

Les douleurs sont extrêmement diffuses, variables dans leur intensité, leur situation et leur latéralité, à la fois diurnes et nocturnes, et pour lesquelles elle a besoin d'aide et de soins de la part de sa belle-fille qui vit en permanence chez elle, à la fois la nuit, mais également pour faire sa toilette, le ménage, la cuisine, et même les déplacements extérieurs.

L'examen clinique ne retrouve pas de systématisation précise. Il n'y a pas de trouble de la mobilisation des grosses articulations des membres supérieurs et inférieurs, ni d'élément péjoratif rachidien à l'examen, la distance main-sol étant même de 10 cm. Il n'y a pas non plus de trouble neurologique objectif.

Les examens radiologiques constatés ne permettent pas d'expliquer les douleurs alléguées par l'assurée. Par ailleurs, il n'y a aucun élément clinique pour permettre de poser le diagnostic de fibromyalgie, devant l'absence de points spécifiques, l'absence de plaintes de fatigue chronique et l'absence de repos non réparateur.

Par ailleurs, l'état clinique de l'assurée ne semble pas s'être aggravé depuis l'expertise médicale du Dr G. _____ le 27.09.2013. Néanmoins, un élément nouveau est apparu, à savoir une douleur

des deux genoux, dont le substrat anatomique est une chondropathie rotulienne, mais sans manifestation inflammatoire, devant l'absence d'épanchement articulaire.

Etant donné que le genou est la seule articulation où on a démontré une relation directe entre poids et douleurs, on peut en conclure que l'obésité morbide de l'assurée ait pu être une des causes de la détérioration des deux genoux. Mais l'atteinte est uniquement isolée à la rotule, la partie fémoro-patellaire du genou (la zone portante étant la partie fémoro-tibiale du genou) ne fonctionnant pas à la marche, ceci ne devrait pas altérer le périmètre de marche. Les seules manifestations douloureuses d'un syndrome fémoro-patellaire isolé sont les descentes d'escaliers, et éventuellement la position assise prolongée, jambes repliées et les positions accroupies et à genoux. En définitive, si l'assurée n'avait pas d'excès pondéral, les douleurs des genoux seraient probablement absentes ou nettement moindres en particulier à la marche et dans les escaliers.

Les limitations fonctionnelles sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°.

Du point de vue strictement rhumatologique, je confirme les conclusions du Dr G. _____, à savoir une capacité de travail dans les conditions adaptées de 80%, et dans les activités ménagères une capacité de travail de 60%, incluant l'absence de position à genoux et accroupie et le piétinement.

Sur le plan cardiologique

D'un point de vue cardiologique, cette patiente présente une cardiopathie hypertensive sans composante ischémique vu l'absence de lésion coronarienne à la coronarographie de 2015. La cardiopathie structurelle entraîne une dysfonction diastolique, qui a été le point de départ d'un œdème pulmonaire aigu en 2010. Actuellement, les valeurs de pression artérielle sont correctement maîtrisées, et on n'observe pas de franche élévation des pressions de remplissage du ventricule gauche. La situation cardiaque est donc favorablement maîtrisée sous traitement et aucun élément objectif n'indique une limitation fonctionnelle qui soit d'origine cardiovasculaire. De manière évidente, le frein à l'activité physique lors de cette consultation a été, en grande partie, d'ordre extra-cardiaque, à savoir, la survenue de gonalgies. Cette patiente présente, également, une limitation physique liée à l'obésité morbide et à un syndrome de déconditionnement musculaire.

D'un point de vue cardiologique *stricto sensu*, il n'y a pas d'élément contre-indiquant la reprise d'une activité professionnelle à 100 %, y compris en qualité de femme de ménage. Il semble, néanmoins, que les éléments ci-dessus d'ordre non cardiologique (gonalgies, obésité, désentraînement musculaire) voire extra-médicaux, tels que l'absence de formation, la non-maîtrise du parler local, puissent impacter des activités professionnelles avec sollicitation physique même très faible.

Sur le plan psychique

L'assurée, originaire du [...], a grandi dans un contexte ne lui permettant pas un épanouissement des ressources cognitives (pas de scolarité admise chez eux pour les personnes de sexe féminin) et en général pour l'individuation de la personnalité, ce qui paraît conforme à l'évolution d'une personnalité accentuée dans le sens soumis et dépendant Z73.1.

L'assurée a été mariée par ses parents contre son gré à l'âge de quinze ans. Elle a eu sept enfants et a vécu jusqu'à l'âge de 29 ans dans la famille de son mari, où elle a dû beaucoup travailler et où elle n'a jamais eu le temps pour quelque loisir que ce soit.

En 1991, elle a rejoint son mari en Suisse avec ses sept enfants. Ici, elle ne s'est jamais intégrée, étant toujours femme au foyer et n'ayant jamais appris le français de façon suffisante pour pouvoir s'entretenir avec quelqu'un.

Chez cette assurée, il n'y a pas de traitement psychiatrique proprement dit (mis à part certains contacts ponctuels), mais dès 2010, une régression continuellement croissante, allant de pair avec une augmentation constante du poids : l'assurée affirme ne pouvoir plus rien faire seule, sans la présence d'une de ses filles, ce qui correspond à une évolution de l'accentuation de la personnalité dans le sens immature.

Je constate que le rôle de malade que prend l'assurée ne semble pas être remis en doute par les membres de sa famille.

A part ceci, je ne constate pas d'autres atteintes à la santé spécifiquement psychiatriques, il n'y a donc chez l'assurée pas de limitation fonctionnelle due à une maladie psychiatrique.

En conclusion

L'assurée ne présente à ce jour aucune atteinte à la santé avec des répercussions sur la capacité de travail et partant, aucune limitation fonctionnelle d'origine cardiaque, métabolique, ni aucune maladie psychique pouvant entraver sa capacité de travail.

Les limitations fonctionnelles sont actuellement d'origine mécanique et sont essentiellement le piétinement, qui doit être limité à moins d'une heure (spondylolisthésis L5-S1 grade I), les positions en porte-à-faux en avant, les positions accroupies et à genoux (chondropathie rotulienne grade IV). Par contre, la marche ne devrait pas être limitée, ni la position assise, à condition que les genoux soient à une flexion inférieure à 90°.

Par rapport à l'expertise du Dr G. _____ du 27.9.2013, sont apparues les chondropathies rotuliennes, mais le BMI était déjà de 54, marquant une obésité morbide. Comme explicité plus haut, les chondropathies rotuliennes ne limitent que les positions accroupies, à genoux ou les flexions des genoux supérieures à 90°, mais pas la marche ou le piétinement.

La capacité de travail est donc identique à celles constatée à l'issue de l'expertise du Dr G. _____ précitée, à savoir 80% dans une activité adaptée et 60% pour les activités de ménage.

Sans surcharge pondérale de cette ampleur, les capacités physiques de l'assurée en seraient grandement améliorées, ainsi que ses douleurs des genoux.

[...]

[...] L'assurée [...] ne fait rien dans le ménage cependant elle en a toutes les capacités nécessaires sauf les tâches qui sollicitent fortement le dos (penché en avant, sur échelles ou esc[a]beau)."

vu la décision de l'OAI du 9 avril 2019 refusant l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, refus confirmé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 10 septembre 2020 (AI 194/19 - 311/2020) puis par le Tribunal fédéral en date du 5 février 2021 (TF 9C_658/2020),

vu le dépôt, dans l'intervalle, d'une demande d'allocation pour impotent en date du 28 avril 2016,

vu le rapport d'enquête pour l'évaluation de l'impotence du 28 mai 2018, relevant en particulier que l'obésité n'avait pas été retenue par les experts médicaux intervenus en 2017 alors que, selon les constatations de l'enquêtrice, seule l'obésité permettait de rendre plausible le besoin d'aide,

vu l'avis médical du 14 août 2018 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), précisant qu'à la lumière des conclusions des experts du Centre M. _____, aucune limitation médicale ne pouvait être retenue pour les actes ordinaires de la vie, pas plus que pour l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

vu la décision du 1^{er} novembre 2018, par laquelle l'OAI a refusé l'octroi d'une allocation d'impotence à l'assurée,

vu la deuxième demande d'allocation pour impotent déposée le 1^{er} mars 2021 par l'intéressée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, au motif d'une aggravation de son état de santé,

vu la transmission à l'OAI d'un rapport à l'attention de la Commission administrative de la coordination des systèmes de sécurité sociale établi le 27 mai 2021 par le Dr N._____, médecin généraliste traitant, relevant en substance l'existence d'une obésité morbide avec complications cardiaques, veineuses, articulaires et diabète, évoquant une lente dégradation somatique et psychique chez une patiente dont la dépendance à l'entourage - en raison de l'obésité morbide et des difficultés de mobilisation qui y étaient liées, ainsi que de troubles psychiques (impossibilité de nouer et entretenir des contacts sociaux, isolement, importante méfiance) - était totale depuis plus de dix ans, soulignant plus spécifiquement que l'évolution récente tendait vers une péjoration de troubles cognitifs déjà connus depuis une année (troubles de la mémoire à court terme et troubles de la mémoire procédurale) et signalant qu'une psychothérapie venait d'être entamée, tout en détaillant de surcroît la médication prescrite à l'intéressée,

vu les pièces jointes à ce rapport - soit un compte-rendu d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 11 novembre 2019, ainsi que les résultats d'un bilan cardiologique effectué en mars 2019 par le Dr D._____, spécialiste en cardiologie et médecine interne,

vu les multiples délais accordés à l'assurée pour étayer sa demande, dont l'intéressée n'a toutefois pas fait usage,

vu la décision de l'OAI du 22 novembre 2021 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotence au motif qu'aucune modification essentielle des circonstances de fait depuis la dernière décision n'avait été rendue vraisemblable,

vu l'arrêt rendu le 3 mars 2022 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 456/21 - 79/2022), rejetant le recours introduit le 29 décembre 2021 par l'intéressée à l'encontre de la décision de l'OAI du 22 novembre 2021,

vu les ordonnances successivement rendues par le Tribunal fédéral les 23 juin puis 11 août 2022, refusant dans un premier temps l'assistance judiciaire au recours déposé par P._____ à l'encontre du jugement cantonal susdit, puis rayant dans un second temps la cause du rôle par suite de retrait du recours (TF 9C_201/2022),

vu la nouvelle demande d'allocation pour impotent introduite le 24 octobre 2022 par l'assurée, sur la base d'un rapport à l'attention de la Commission administrative de la coordination des systèmes de sécurité sociale établi le 25 janvier 2022 par le Dr W._____, médecin généraliste traitant, retenant le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'obésité morbide compliquée (indice de masse corporelle : 47,8), décrivant de surcroît un asthme sévère avec dyspnée au repos, des gonalgies bilatérales, des dorsolombalgies chroniques liées à l'arthrose, une insuffisance cardiaque et des déplacements quasi impossibles, mentionnant que l'intéressée ne faisait aucune tâche ménagère et avait besoin de l'aide de tiers, et évoquant plus généralement une aggravation de l'état de santé physique et psychique en ce sens que la patiente présentait une surcharge pondérale compliquant le diabète et l'état psychique, une cardiopathie, une arthrose vertébrale et « *des grosses articulations devenant invalidantes* » induisant des difficultés à la marche et un isolement,

vu la fiche d'examen établie le 18 janvier 2023 par une collaboratrice de l'OAI, indiquant que le dossier avait été présenté au Dr X._____, du SMR, lequel estimait que les éléments médicaux mis en avant n'étaient pas probants,

vu le projet de décision rendu le 18 janvier 2023 par l'OAI dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'allocation pour impotence, au motif qu'aucune modification essentielle des circonstances de fait depuis la dernière décision n'avait été rendue vraisemblable,

vu les objections émises le 17 février 2023 par l'assurée, se prévalant d'une violation du droit d'être entendu dans la mesure où la fiche d'examen du 18 janvier 2023 se référait à un avis du Dr X. _____ qui ne figurait pas au dossier, requérant la communication des appréciations médicales ayant fondé le projet de décision contesté et sollicitant un délai pour produire un nouveau rapport médical,

vu la communication de l'OAI du 1^{er} mars 2023, impartissant à l'assurée un délai au 7 avril 2023 pour fournir les éléments susceptibles d'étayer sa position, relevant qu'il serait statué au terme de ce délai sur la base du dossier,

vu le courrier de l'assurée du 3 avril 2023, indiquant être dans l'attente de rapports médicaux et requérant par conséquent une prolongation de délai,

vu la correspondance de l'OAI du 6 avril 2023, accordant à l'assurée un ultime délai au 5 mai 2023 pour étayer sa demande et précisant que l'office prendrait ensuite position sur la base des éléments en sa possession, sans aucune nouvelle prolongation de délai,

vu l'écrit de l'assurée du 5 mai 2023, renonçant à la production de nouveaux rapports médicaux dans la mesure où les éléments déjà communiqués suffisaient à justifier une entrée en matière,

vu l'avis médical SMR établi le 26 juin 2023 par le Dr X. _____, exposant que le rapport du Dr W. _____ était similaire à celui précédemment établi par le Dr N. _____, que les diagnostics étaient identiques et qu'il n'était pas apporté d'éléments médicaux objectifs rendant plausible une possible aggravation notable de l'état de santé de l'assurée,

vu la décision rendue le 6 juillet 2023 par l'OAI, confirmant son projet du 18 janvier précédent,

vu la lettre explicative du même jour, aux termes de laquelle l'office a relevé que le dossier avait été soumis au Dr X._____, que les conclusions de ce dernier avaient été reprises dans le projet de décision du 18 janvier 2023 puis que, suite aux objections soulevées par l'intéressée, le dossier avait encore été réexaminé au SMR avant de faire l'objet d'un avis médical le 26 juin 2023 confirmant l'absence d'élément médicaux permettant d'entrer en matière,

vu le recours déposé le 10 août 2023 par P._____, agissant par Me Jean-Michel Duc, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 6 juillet 2023, concluant principalement à la réforme de cette décision et à l'octroi d'une allocation pour impotent au moins de degré faible, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et à ce que la cause soit renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction, le bénéfice de l'assistance judiciaire étant par ailleurs requis et la mise en œuvre de débats publics et d'une expertise sollicitée,

vu la motivation développée par la recourante, invoquant d'une part une violation du droit d'être entendu en ce sens que l'OAI avait rendu la décision attaquée le jour même où il lui avait transmis l'avis SMR du 26 juin 2023, et soutenant d'autre part que son état de santé s'était aggravé depuis la décision rendue le 1^{er} novembre 2018, comme en attestait le rapport du Dr W._____ du 25 janvier 2022,

vu les pièces au dossier ;

attendu que le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), applicable

par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu que la recourante se prévaut tout d'abord d'une violation du droit d'être entendu en ce sens que la décision attaquée a été rendue sans qu'elle n'ait préalablement eu la faculté de se déterminer sur l'appréciation médicale émise par le SMR, si bien qu'elle soutient avoir ainsi été privée de la possibilité de participer à l'instruction de sa demande,

que le droit d'être entendu garantit notamment à chaque personne le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 146 III 97 consid. 3.4.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et références citées),

que le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2), mais qu'une telle violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2),

qu'en l'occurrence, la fiche d'examen du 18 janvier 2023, dont la teneur est certes succincte, permet néanmoins de comprendre que les éléments invoqués à l'appui de la nouvelle demande déposée le 24

octobre 2022 – soit, plus précisément, l’aggravation mentionnée dans le rapport du Dr W. _____ du 25 janvier 2022 – ont été présentés au Dr X. _____ du SMR mais n’ont pas été jugés pertinents par ce dernier,

que la recourante a manifestement saisi la portée de la fiche d’examen susdite dans la mesure où elle a requis, les 17 février et 3 avril 2023, l’octroi d’un délai visant à la production de rapports médicaux susceptibles d’étayer sa position (et, corrélativement, d’infirmier celle défendue par le SMR), avant d’y renoncer le 5 mai 2023 au motif que les pièces au dossier étaient suffisantes pour qu’il soit entré en matière sur sa demande,

que la recourante, dûment assistée d’un avocat, a ainsi eu l’occasion de se déterminer en connaissance de cause et que c’est tout aussi sciemment qu’elle a renoncé à la production de pièces médicales supplémentaires en procédure administrative, alors même que seules les pièces déposées au cours de cette phase peuvent être prises en compte par le juge appelé à statuer dans un litige portant sur le bien-fondé d’un refus d’entrer en matière sur une nouvelle demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5),

que l’avis SMR du 26 juin 2023 n’apporte, quant à lui, rien de nouveau quant au positionnement de l’intimé,

que le Dr X. _____ y reprend essentiellement les éléments médicaux mis en exergue au cours des précédentes procédures ainsi que ceux issus du rapport du Dr W. _____ du 25 janvier 2022 et en déduit que l’appréciation du Dr W. _____ est similaire à celle exposée par le Dr N. _____ le 27 mai 2021 et ne renferme, par conséquent, aucun indice objectif d’une aggravation notable de l’état de santé de l’assurée,

que les éléments factuels retenus par le Dr X. _____ étaient tous connus de la recourante, respectivement de son mandataire,

que l'appréciation émise sur la base de ces éléments constitue, en outre, une simple confirmation de la position déjà affichée dans la note interne et le projet de décision du 18 janvier 2023, suite auxquels l'assurée a finalement renoncé le 5 mai 2023 à se déterminer plus avant,

que l'on peine dès lors à comprendre en quoi le fait que l'avis du 26 juin 2023 n'ait pas été préalablement soumis à l'assurée aurait empêché cette dernière de participer utilement à l'instruction de sa demande, comme elle le soutient,

que dans ces conditions, on ne peut que réfuter une quelconque violation du droit d'être entendu dans le cas particulier ;

attendu que diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 en matière d'assurance-invalidité (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]),

qu'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),

que lors de l'examen d'une demande d'octroi d'une allocation pour impotent, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à l'allocation pour impotent,

qu'en l'espèce, la situation est par conséquent régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 compte tenu de la nouvelle demande déposée le 24 octobre 2022 sur la base d'une aggravation de la situation rapportée au 25 janvier 2022 ;

attendu que lorsqu'une allocation pour impotent ou une contribution d'assistance a été refusée parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou que le besoin d'aide ou de soins était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible qu'elle présente désormais une impotence ou que le besoin d'aide ou de soins s'est modifié de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

que cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles la personne assurée se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3),

que le principe inquisitoire (art. 43 al. 1 LPGA) ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI, de sorte que le juge ne doit examiner la situation que d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5) ;

attendu que l'intimé n'est pas entré en matière sur la troisième demande d'allocation pour impotent déposée le 24 octobre 2022 par la recourante, de sorte que le litige se limite à trancher le point de savoir si les éléments fournis à l'appui de cette nouvelle demande établissent de manière plausible une aggravation de la situation de l'intéressée depuis la décision initiale de refus rendue le 1^{er} novembre 2018,

que dans un tel contexte, la Cour de céans ne peut que rejeter la demande d'expertise formulée par P. _____ à l'appui de son recours,

que sur le fond, la nouvelle demande d'allocation pour impotent déposée le 24 octobre 2022 repose sur le rapport établi le 25 janvier 2022 par le Dr W. _____,

que ce rapport ne rend toutefois pas plausible une quelconque aggravation de l'état de santé de l'assurée, et corrélativement de son impotence, depuis la décision matérielle rendue le 1^{er} novembre 2018,

qu'on doit plus particulièrement admettre, avec le Dr X. _____, que les atteintes mentionnées par le Dr W. _____ font essentiellement écho à celles retenues le 21 mai 2021 par le Dr N. _____, dont la Cour de céans a déjà eu l'occasion de constater qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau par rapport aux troubles constatés en 2017 par les experts du Centre M. _____ (CASSO AI 456/21 - 79/2022 du 3 mars 2022),

que le rapport du 25 janvier 2022 ne dénote, d'une part, aucune aggravation objective des troubles physiques,

qu'en ce qui concerne l'obésité, il apparaît notamment que l'assurée a perdu 19 kilos entre 2017 (149 kg) et 2022 (130 kg) et que son indice de masse corporelle est ainsi passé de 54,1 à l'époque de l'expertise du Centre M. _____ (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 28 s.) à 47,8 selon les observations du Dr W. _____ (cf. rapport du 25 janvier 2022 p. 7), ce qui plaide manifestement en faveur d'une évolution positive de la surcharge pondérale,

que pour ce qui est par ailleurs des aspects cardiologique et endocrinologique ainsi que des troubles au niveau des genoux et du dos, déjà observés tant par les médecins du Centre M. _____ en 2017 que par le Dr N. _____ en 2021, le Dr W. _____ n'explique pas en quoi les atteintes en question auraient objectivement connu une aggravation notable, étant précisé que leur impact sur la mobilité de l'assurée était déjà connu lors des procédures antérieures (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 2017 p. 33 s. : « [a]vec un poids moins lourd, l'assurée ne

présenterait pas de dyspnée d'effort et n'aurait [pas] de peine à se mouvoir librement » et « si l'assurée n'avait pas d'excès pondéral, les douleurs des genoux seraient probablement absentes ou nettement moindres à la marche et dans les escaliers »),

que la dépendance à l'aide de tiers n'a rien de récent mais était déjà relevée en 2017 par l'expertise du Centre M._____ (p. 33 : « [l']assurée se sent actuellement incapable de faire le moindre effort, tenue du ménage, cuisine, courses, marche et même sa propre toilette ou son habillage et sollicite en permanence l'aide de sa belle-fille, y compris la nuit ») et en 2021 par le Dr N._____, sans que le Dr W._____ ne fasse objectivement état d'un développement nouveau à cet égard,

que si le Dr W._____ mentionne de surcroît des grosses articulations devenant invalidantes (cf. rapport du 25 janvier 2022 p. 10), il ne précise ni ne motive son propos, de sorte que ses simples assertions ne suffisent pas à rendre plausible une évolution significative de la situation depuis l'expertise du Centre M._____ qui ne constatait alors aucun déficit particulier au niveau de la mobilisation de ces articulations (cf. rapport d'expertise du 15 décembre 20187 p. 34),

qu'enfin, s'il est vrai que le Dr W._____ signale pour la première fois un diagnostic d'asthme avec une dyspnée au repos (cf. rapport du 25 janvier 2022 p. 3), élément qui n'était pas apparu lors des procédures antérieures, il demeure qu'il n'a aucunement détaillé ou motivé cette atteinte et n'en a pas non plus fait mention dans la description de l'aggravation alléguée (cf. rapport du 25 janvier 2022 p. 10), de sorte que l'on peut y voir le signe d'une modification importante de la situation,

que d'autre part, la détérioration évoquée sur le plan psychique n'est aucunement explicitée ni *a fortiori* étayée - étant rappelé que la mise en place d'une psychothérapie avait été annoncée en 2021 par le Dr N._____, mais qu'il n'en est pas fait état dans le rapport du Dr W._____ - et ne peut dès lors être tenue pour plausible,

que pour le surplus, l'appréciation du Dr W._____ semble essentiellement reposer sur les plaintes de sa patiente, lesquelles sont toutefois par définition subjectives et ne peuvent dès lors suffire à fonder objectivement l'existence d'un trouble incapacitant,

qu'au demeurant, on rappellera encore que l'assurée s'est vu donner la possibilité de produire tout document médical susceptible d'étayer sa nouvelle demande au cours de la procédure administrative et qu'elle y a expressément renoncé le 5 mai 2023,

que dans ces conditions, l'office intimé était donc légitimé à retenir que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la décision du 1^{er} novembre 2018,

que la décision de refus d'entrer en matière prononcée le 6 juillet 2023 apparaît donc fondée,

qu'en définitive, il découle de ce qui précède que le recours, manifestement mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, selon la procédure prévue par l'art. 82 LPA-VD ;

attendu que la recourante a sollicité la mise en œuvre de débats publics,

que le juge peut cependant s'abstenir de mettre en œuvre des débats publics dans les cas prévus à l'art. 6 par. 1 CEDH (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), lorsque la demande est abusive, chicanière, ou dilatoire, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien-fondé ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 141 I 97 consid. 5.1 ; TF 9C_601/2022 du 6 juin 2023 consid. 2.2 avec les références citées),

qu'en l'espèce, il résulte des considérations exposées ci-avant que le recours est manifestement infondé,

que partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de débats publics formulée par la recourante ;

attendu que la requête d'assistance judiciaire doit également être rejetée, dans la mesure où elle porte sur une procédure clairement dépourvue de chances de succès et ne satisfait donc pas à l'une des conditions cumulatives prévues en la matière (art. 18 al. 1 LPA-VD),

qu'en effet, un procès est dépourvu de chances de succès lorsque les perspectives de le gagner sont notablement plus faibles que les risques de le perdre, et qu'elles ne peuvent donc être considérées comme sérieuses, de sorte qu'une personne raisonnable et de condition aisée renoncerait à s'y engager en raison des frais qu'elle s'exposerait à devoir supporter (ATF 142 III 138 consid. 5.1) ;

attendu que 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),

qu'il convient en l'occurrence de fixer ces frais à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante vu le sort de ses conclusions,

qu'il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 6 juillet 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. La requête d'assistance judiciaire est rejetée.
- IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de P._____.
- V. 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 à :

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :