

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2026

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Dépraz, juges
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate
à Delémont,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 28a al. 3 et 29 al. 1 LAI

En fait :

A. a) C._____ (ci-après, également : l'assurée ou la recourante), née en ***, originaire du T***, vit en Suisse depuis ***. Elle est mariée et mère de quatre enfants nés entre *** et ***. Sans formation professionnelle, n'ayant jamais travaillé en Suisse, elle s'est exclusivement vouée à ses tâches de mère au foyer.

Le 2 novembre 2015, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'office intimé) en raison de troubles cardiaques.

Dans le cadre de l'instruction, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des médecins consultés par l'assurée (rapport du 25 novembre 2015 du Dr D._____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant ; rapport du 31 août 2016 de la Dre E._____, spécialiste en neurologie ; rapport du 14 novembre 2016 du Dr F._____, spécialiste en cardiologie) et soumis pour examen le dossier au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) (avis du 22 décembre 2016).

Par décision du 14 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

b) Le 18 janvier 2023, C._____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr D._____, mentionnant souffrir principalement de douleurs inguinales gauches après une artériopathie du membre inférieur gauche et d'un trouble de stress post-traumatique [PTSD] altérant le sommeil, avec cauchemars, irritabilité et anxiété, depuis 2022.

A l'appui de cette nouvelle demande, l'assurée a produit plusieurs rapports médicaux dont notamment :

- un rapport du 7 octobre 2022 du Dr G._____, spécialiste en angiologie, lequel posait le diagnostic principal d'artériopathie du membre inférieur gauche avec status post angioplastie simple intra-stent du tronc tibio-péronier et angioplastie simple et éludée intra-stent de l'artère tibiale antérieure le 31 août 2022, status post tromboendartérectomie de l'artère fémorale superficielle avec plastie d'élargissement pour un stade IIb sur thrombose de l'artère fémorale superficielle avec fermeture endovasculaire d'un foramen ovale perméable le 29 mars 2022, status post fermeture de plaie inguinale et mise en place d'un VAC le 7 avril 2022, et status post thromboaspiration à l'Angiojet de l'artère poplitée et de l'artère tibiale antérieure et angioplastie/stenting de l'artère poplitée infra-géniculée, du tronc tibio-péronier et du départ de l'artère tibiale antérieure le 5 janvier 2022 pour occlusion du trepied jambier probablement d'origine cardio-embolique sur foramen ovale perméable. Ce médecin mentionnait un bon résultat un mois après la dernière intervention de revascularisation du membre inférieur gauche chez une patiente asymptomatique et qui avait amélioré ses valeurs d'index de pression cheville/bras lesquelles étaient de nouveau comparables à celles relevées du côté controlatéral ;

- un rapport du 18 octobre 2022 du Service de cardiologie du CHUV, lequel indiquait que, lors de la fermeture d'un foramen ovale et perméable en mars 2022, une complication vasculaire s'était présentée avec une thrombose de l'artère fémorale superficielle qui avait nécessité une endartériectomie fémorale. L'évolution était excellente au plan cardiovasculaire et l'assurée était adressée auprès du Dr F._____ pour le suivi médical ;

- un rapport du 6 décembre 2022 du Dr G._____, lequel confirmait un bon résultat trois mois après la dernière intervention de revascularisation du membre inférieur gauche chez l'assurée, laquelle marchait sans claudiquer et conservait un index de pression cheville/bras dans les limites de la norme, soit des valeurs comparables à celles relevées lors du précédent contrôle.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, laquelle a été formalisée le 8 mars 2023, l'OAI a recueilli des rapports médicaux complémentaires, dont :

- un rapport du 29 mars 2023 de la Dre J._____, spécialiste en chirurgie vasculaire, laquelle posait les diagnostics - ayant une incidence sur la capacité de travail - d'artériopathie obstructive périphérique des extrémités type bassin jambe avec douleur ischémique à l'effort, distance de marche 200 mètres et plus stade II depuis décembre 2021, et d'embolie et thrombose des artères du membre inférieur depuis le 29 mars 2022 ;
- un rapport du 26 avril 2023 du Dr D._____, lequel retenait les diagnostics - ayant une répercussion sur la capacité de travail - de lombosciatalgies gauches sur discarthrose L5-S1 (péjorées depuis 2022), de douleur inguinale gauche post thrombose iatrogène (cinq opérations) avec cicatrisation algique (depuis 2022) et de trouble de stress post-traumatique à la suite des interventions (depuis 2022). Le médecin traitant estimait la capacité de travail de l'assurée comme nulle depuis janvier 2022 dans toute activité ;
- un rapport du 17 mai 2023 du Dr G._____, qui, sur la base d'un bilan artériel du membre inférieur gauche réalisé le même jour, constatait une stabilisation de la situation et suggérait un espacement des contrôles de l'assurée ;
- un rapport du 19 octobre 2023 du Dr F._____, spécialiste en cardiologie, lequel faisait part d'un examen « tout à fait rassurant ». Il n'y avait pas d'explication définitive pour la dyspnée d'effort présentée par l'assurée, laquelle semblait être plutôt attribuable au déconditionnement et à la prise pondérale.

Dans un rapport du 15 juillet 2024, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle suivait l'assurée à une fréquence bimensuelle depuis le 15 mars 2024, a posé les diagnostics - ayant une répercussion sur la capacité de travail - d'expérience de catastrophe, de guerre et d'autres hostilités et d'épisode dépressif léger avec syndrome

somatique, depuis 1998. Malgré l'introduction d'une médication à base d'antidépresseurs, le pronostic était mauvais. Cette médecin estimait la capacité de travail de sa patiente comme nulle dans toute activité, avec la précision que les maladies somatiques (problèmes cardiaques, diabète, hypertension et cholestérol) faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle. Dans l'accomplissement des tâches ménagères, l'assurée était limitée et nécessitait l'aide de ses enfants ainsi que de son mari.

Dans un avis du 16 janvier 2025, le SMR a fait le point de la situation en ces termes :

Discussion et attitude

L'assurée a bénéficié de la fermeture d'un foramen ovale perméable en mars 2022 dans un contexte de suspicion d'embolie paradoxale avec occlusion des artères du membre inférieur gauche ; des complications vasculaires s'étaient présentées.

Nous pouvons, donc, admettre une IT [incapacité de travail] totale sur le plan somatique depuis le 05.01.2022, comme indiqué par le médecin traitant, mais jusqu'en décembre 2022.

Dès janvier 2023, nous ne disposons pas d'éléments pour nous permettre de nous prononcer sur l'évolution de la CT [capacité de travail].

L'IT attestée sur le plan psychiatrique ne nous paraît pas suffisamment justifiée par les éléments médicaux reçus : nous notons également l'absence d'une médication psychotrope et que le suivi est bimensuel.

Nous retenons donc, nécessaire de disposer d'une évaluation objective de la situation médicale de l'assurée, avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extra-médicaux qui ne sont pas du ressort de l'Assurance Invalidité.

Nous demandons la mise en place d'une

Expertise bi-disciplinaire avec un volet de **psychiatrie** et un volet de **médecine interne**.

Mandaté par l'OAI, le Centre d'Expertises Médicales (K._____) de W*** a rendu son rapport d'expertise le 19 mars 2025. Au terme de son analyse, il a retenu les diagnostics suivants :

- Rhumatisme articulaire aigu en 1998 avec insuffisance aortique sévère.
- IVG [interruption volontaire de grossesse] en 1999.
- Excision de la valve aortique et remplacement par prothèse biologique (20.07.2007).
- Vertiges chroniques sur déficit vestibulaire gauche (2014).

- Exérèse d'un chalazion droit (2016).
- Infiltration de la gaine du tendon distal postérieur gauche pour enthésite calcifiante de l'insertion de l'aponévrose plantaire (2019).
- Discarthrose L5-S1 avec physiothérapie itérative depuis 2021.
- Artériopathie du membre inférieur gauche sur occlusion de l'artère popitée distale, tronc tibio-péronier et artère tibiale postérieure d'origine cardio-embolique probable (novembre 2021).
- Thrombo-aspiration, angioplastie, *stenting* et recanalisation (5.01.2022).
- Fermeture d'un foramen ovale perméable (FOP) le 29.03.2022, compliquée par occlusion de l'artère fémorale gauche traitée par endartériectomie fémorale, puis hématome inguinal gauche surinfecté.
- Suspicion d'évacuation d'un calcul rénal droit (12.07.2022).
- Sténose du tiers proximal du stent implanté tronc péronier et recanalisation endovasculaire, angioplastie du tronc péronier et artère tibiale antérieure gauche (31.08.2022).
- Bronchite virale germe indéterminé (hospitalisée du 13 au 20.03.2024).
- Hypertension artérielle traitée depuis 2022 environ.
- Obésité stade 2 (BMI [Body Mass Index] 37.4 kg/m²).

Aucun diagnostic psychiatrique n'est retenu ce jour, en dehors d'une probable majoration de symptômes.

Sur le plan de la capacité de travail, le K. _____ a conclu qu'elle avait toujours été entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (possibilité d'alterner les positions assise/debout ; pas d'effort physique important pour le dos ; éviter les mouvements en flexion/extension ou rotation du tronc ; pas de position avec le haut du corps en porte-à-faux ; pas de soulèvement répétitif de charge de plus de 5 kg ; pas de déplacements importants à pied notamment montée/descente régulière d'escaliers), sous réserve d'une période d'incapacité de travail entière entre novembre 2021 et fin 2022. Le traitement en cours devait se poursuivre, aucune mesure médicale additionnelle n'étant susceptible d'améliorer la capacité de travail qui était déjà complète.

Par avis du 31 mars 2025, le SMR a validé les conclusions du rapport d'expertise précité.

Par projet de décision du 7 avril 2025, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif qu'elle présentait depuis janvier 2023 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assurée a présenté ses objections à l'encontre du projet de décision précité par courriers de Me Marine Girardin des 22 mai et 17 juin 2025, et a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 2 juin 2025 de la Dre H. _____, laquelle répondait aux questions adressées par l'avocate de l'assurée de la manière suivante [sic] :

1. Le statut psychiatrique de madame C. _____
 - C. _____ est une femme de 56ans d'apparence soignée. Elle est bien orientée dans le temps, dans l'espace et quant à la situation. Elle ne parle pas spontanément de ses problèmes, elle a besoin d'être sollicitée, questionnée pour parler de ses problèmes. Le contenu et la forme de la pensée sont cohérents mais la pensée est ralentie. Son humeur est triste. Au niveau du comportement, madame C. _____ est inhibée un peu ralentie. Elle signale avoir une fatigue qui l'empêchent d'assumer les tâches ménagères. Oubli souvent des choses. Décrit avoir des insomnies, présente plusieurs fois par semaine des cauchemars en lien avec la guerre au T***. Ne présente pas d'hallucinations ni de délires. Dit ne pas consommer les drogues & alcool.
2. Diagnostics psychiatriques retenus :
 - F31.10. Episode dépressif moyen sans syndrome somatique
 - F62.0. Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
3. Critères diagnostics selon la CIM-10
 - Concernant le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique : humeur dépressive, fatigabilité, troubles du sommeil, pessimisme face à l'avenir, diminution de l'attention et de la concentration (oublis), des idées de dévalorisation (se sent nulle, n'a rien réalisé), diminution de plaisir même quand elle est entourée par ses enfants et petits enfants, sentiments de culpabilité de ne pas pouvoir garder ses petits enfants.
 - Concernant le diagnostic de Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe : madame C. _____ présente des reviviscences de la guerre assez régulièrement : des cauchemars, parfois des flash-backs, des réactions de sursaut. Elle présente également un certain détachement et un retrait social.
4. Capacité de travail : Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est évaluée à 0%.
5. Les limitations fonctionnelles : Difficultés de la concentration, oublis, pensée ralentie, insomnies entraînant une fatigue intense, vertiges, flash-backs dans la journée, retrait social (peur d'être en présence des autres), est sur le qui-vive.

6. Capacité ménagère de madame C. _____ : Elle n'arrive pas à faire la cuisine (ils utilisent souvent des plats préparés qu'elle réchauffe). Elle n'arrive pas à rester debout longtemps. C'est sa fille qui vient faire le ménage. Le fils cadet qui habite avec les parents s'occupe de faire les courses et faire la lessive. En gros madame C. _____ est très limitée dans les tâches ménages, heureusement qu'elle a des enfants qui sont solidaires et s'occupent de tout cela.
7. A ajouter : madame C. _____ présente également beaucoup de pathologies physiques qui participent à l'incapacité, pour les détails se référer à son médecin généraliste. ;

- un rapport du 10 juin 2025 du Dr D. _____ dont il ressort ce qui suit :

C. _____ souffre de lombosciatalgies gauches sur discarthrose L5-S1 persistantes, sans amélioration à ce jour.

Les limitations fonctionnelles sont par exemple une limitation dans le périmètre de marche et une impossibilité de porter des charges de plus de 2 kg comme les commissions, l'incapacité de se pencher pour les tâches de nettoyage avec des positions en porte à faux.

Les gonalgies antérieures bilatérales sur syndrome rotulien chronique persistent également, limitant la montée et la descente des escaliers à une dizaine de marches. Elle ne peut pas s'agenouiller ni s'accroupir.

Les douleurs inguinales gauches post-opératoires qui sont aussi de nature iatrogène persistent également, sans amélioration. Toute mobilisation comme la flexion extension de la hanche déclenchent les plaintes.

C. _____ présente une obésité de stade II avec un BMI [Body Mass Index] de 38. La prise pondérale de 9 kg depuis 2023 est aussi conséquente à la sédentarité imposée par les douleurs lors de la mobilisation. Une dyspnée au moindre effort comme les tâches ménagères et la cuisine est considérée comme une limitation fonctionnelle.

La perte de la capacité ménagère est significative.

Au niveau de la cuisine, elle ne peut plus manipuler que de petites casseroles et ne peut plus enfourner les plats. La préparation de mets simples ne peut excéder que quelques minutes car elle doit s'asseoir en raison des douleurs. Elle ne peut plus nettoyer la cuisine.

S'agissant de l'entretien du logement, elle ne peut plus faire le ménage ni les à-fonds. Elle ne peut plus passer l'aspirateur ni récurer les sols. Elle se limite à enlever la poussière superficielle.

S'agissant des achats, elle est capable de ne faire que des courses simples et ne ramène que des denrées légères.

S'agissant de l'entretien du linge, elle ne fait que de minimes rangements de linge sans repassage.

La capacité de travail même dans une activité adaptée est nulle dès l'intervention de 2022. Les différentes affections limitent toute activité physique à son strict minimum.

Dans un avis du 15 juillet 2025, le SMR a estimé que les dernières pièces médicales au dossier n'apportaient pas d'élément médicaux nouveaux, si bien que ces éléments se comprenaient comme une évaluation distincte de la situation qui était déjà connus lors de l'expertise. Le SMR a dès lors confirmé les conclusions prises dans son avis du 31 mars 2025.

Par décision du 12 septembre 2025, l'OAI a confirmé son projet de décision du 7 avril 2025.

B. Par acte du 10 octobre 2025, C._____, représentée par Me Marine Girardin, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est octroyée dès le 1^{er} septembre 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En premier lieu, elle estimait que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité était applicable dans le cas d'espèce. S'agissant du degré d'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, elle contestait, en substance, bénéficier d'une capacité de travail résiduelle, remettant en cause la valeur probante du rapport d'expertise de K._____ au vu des avis divergents de ses médecins traitants. Concernant la fixation du degré d'invalidité, elle faisait valoir qu'un abattement d'au moins 15 % sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé se justifiait en raison des limitations fonctionnelles présentées. S'agissant du taux d'empêchement dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, elle estimait que, dès lors qu'elle ne disposait pas d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI ne pouvait pas renoncer à instruire la question de l'incapacité dans la part ménagère. A titre de mesures d'instruction, l'assurée a requis une nouvelle expertise médicale judiciaire bidisciplinaire et une évaluation ménagère à domicile pour établir le taux d'invalidité dans la part ménagère.

Dans sa réponse du 9 décembre 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée en renvoyant aux avis successifs du SMR figurant au dossier.

Par réplique du 17 février 2026, l'assurée a fait valoir que les avis du SMR ne permettaient pas de rejeter les griefs soulevés à l'encontre de l'expertise, à savoir l'existence d'une contradiction interne importante, une évaluation anamnétique et diagnostique lacunaire, et l'existence d'avis médicaux contradictoires. Quant à l'évaluation du revenu d'invalidé, il n'était pas possible d'ignorer que ses différentes limitations fonctionnelles la désavantageaient sur le marché du travail, ce qui justifiait un abattement de 15 % sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé.

Dans sa duplique du 13 mars 2026, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a précisé que bien qu'elle n'eût pas exercé d'activité lucrative depuis son arrivée en Suisse, il avait néanmoins considéré que l'assurée avait un statut mixte, en ce sens qu'elle aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels. Pour le surplus, il a estimé qu'aucune nouvelle investigation ne se justifiait.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. 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) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24^{septies} RAI).

e) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux

d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} RAI).

4. a) 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 1^{er} janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

6. a) Au moment où l'intimé avait rendu sa décision du 14 février 2017, la recourante présentait principalement des vertiges rotatoires d'origine indéterminée sur un déficit vestibulaire discret à gauche, atteinte

qui ne contre-indiquait pas l'exercice d'une activité lucrative (voir, en particulier, les rapports du 27 mars 2015 du Service de neurologie du CHUV et du 14 novembre 2016 du Dr F._____).

b) Au vu des différents rapports médicaux établis par les médecins traitants de la recourante, c'est à juste titre que l'office intimé est entré en matière sur la nouvelle demande, ceux-ci mettant en évidence une péjoration de l'état de santé, en particulier sur le plan cardio-vasculaire.

c) Pour le surplus, il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable dans le cas d'espèce, étant admis que la recourante, si elle était en bonne santé, consacrerait 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

7. a) Afin d'évaluer le degré d'invalidité de la recourante dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, l'office intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise de K._____.

b) Il n'y a pas lieu de s'écarter, en l'état du dossier, des conclusions de l'expertise de K._____, selon lesquelles la recourante dispose - hormis pour la période du 1^{er} novembre au 31 décembre 2022 - d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assise/debout ; pas d'effort physique important pour le dos ; pas de mouvements en flexion/extension ou rotation du tronc ; pas de position avec le haut du corps en porte-à-faux ; pas de lever répétitif de charge de plus de 5 kg ; pas de déplacements importants à pied notamment montée/descente régulière d'escaliers). Ces conclusions résultent d'une analyse exhaustive et pluridisciplinaire de la situation médicale de la recourante qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. En particulier, il importe de mettre en évidence que l'ensemble des atteintes présentées par la recourante, qu'elles soient d'ordre somatique ou psychiatrique, ont été abordées et discutées par les experts.

aa) Il sied en premier lieu de relever que, d'un point de vue formel, le rapport d'expertise bidisciplinaire remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 5b supra). Les experts se sont entretenus le 4 mars 2025 avec la recourante et ont eu accès à son dossier médical complet qui a été résumé. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, les différents volets de l'expertise décrivent le contexte médical et asséurologique déterminant, examinent les plaintes exprimées par la recourante, relatent le status avec également la description d'une journée-type, de même qu'ils rendent compte des observations cliniques. En outre, l'évaluation consensuelle fait une synthèse des constatations des deux spécialistes et répond de manière convaincante aux questions de l'administration.

bb) Sur le plan somatique, les experts ont constaté, au jour de l'examen, une obésité de stade 2 (BMI [Body Mass Index] 37.4 kg/m²), une mobilisation du rachis pas nettement diminuée, mais ressentie comme douloureuse en fin de course, ainsi qu'une réaction douloureuse à la palpation un peu appuyée de différentes insertions musculo-tendineuses. La mobilisation des genoux était également déclarée douloureuse avec mouvement de retrait. La palpation de la cicatrice au niveau du pli inguinal gauche était sensible, mais calme et semblait plutôt d'allure mécanique. Du point de vue cardiologique et vasculaire, la recourante ne présentait aucun profil de risque, la dyspnée d'effort devant plutôt être attribuée au déconditionnement et à la prise pondérale, et le traitement médicamenteux (Aspirine et Xarelto) devait être maintenu sur le long terme. Si les lombalgies consécutives à la discarthrose L5-S1 nécessitaient un traitement plus intensif (physiothérapie) et étaient à l'origine de limitations fonctionnelles (pas d'activité de manière prépondérante en station debout, nécessitant de lever des charges, des déplacements fréquents à pied ainsi que la montée ou descente d'escaliers/d'échelles), elles n'empêchaient pas l'exercice d'une activité simple, répétitive, sédentaire, sans engagement physique ni déplacement important. Au plus tard depuis le début de l'année 2023, il n'existait plus d'incapacité de travail significative au plan somatique.

cc) Sur le plan psychiatrique, les experts n'ont pas retenu de diagnostic - excluant en particulier un état de stress post-traumatique -, en dehors d'une probable majoration de symptômes. Ils ont constaté que l'assurée faisait son âge, paraissait légèrement ralentie au cours de l'entretien, très peu précise dans ses réponses, possiblement majorante et modérément démonstrative. Elle évoquait de manière récurrente ses ennuis de santé somatique, sans parvenir à verbaliser ses éventuelles difficultés psychiques. Elle avait fait état d'une légère amélioration due, selon elle, à la possibilité de parler à sa psychiatre qui la suivait depuis moins d'une année, alors qu'elle était anxieuse depuis quatre ans en lien avec ses problèmes de santé. Si les capacités et les ressources apparaissaient assez pauvres de longue date, comme en témoignait le parcours de vie, l'assurée avait pu s'adapter au cadre expertal et la gestion des relations interpersonnelles n'apparaissait pas altérée. De plus, elle bénéficiait d'un soutien psychiatrique qui lui permettait de s'exprimer ainsi que de l'aide de ses enfants, dont celle de son fils cadet qui vivait au domicile parental. Elle était par ailleurs partiellement autonome dans les actes de la vie quotidienne depuis toujours, peu proactive et guère motivée au changement, sans aucune limitation fonctionnelle objectivée au cours de l'entretien.

c) Le dossier ne contient aucune appréciation médicale propre à susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise de K._____.

aa) Sur le plan somatique, il sied de constater sur la base des différentes pièces médicales au dossier que la recourante présente une situation stabilisée sur les plans cardiologique et angiologique ; rien n'indique qu'elle serait limitée dans sa capacité à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles en raison des atteintes subies. En ce qui concerne les lombosciatalgies, les gonalgies, les douleurs inguinales, l'obésité de stade II et la dyspnée à l'effort (telles qu'elles sont décrites dans le rapport du Dr D._____ du 10 juin 2025), elles ont été analysées par les experts et les répercussions de ces atteintes ont été prises en considération

dans le cadre des limitations fonctionnelles, la recourante n'étant en mesure d'exercer qu'une activité simple, répétitive, sédentaire, sans engagement physique ni déplacement important.

bb) Sur le plan psychiatrique, les observations cliniques rapportées par l'experte psychiatre et par la Dre H._____ sont sensiblement identiques, mais ne conduisent pas à la même interprétation. Or l'analyse proposée par la Dre H._____ peine à emporter la conviction concernant une personne qui n'a pas fait l'objet d'un quelconque suivi psychiatrique depuis son arrivée en Suisse en ***. Il sied de souligner notamment le fait que le diagnostic de « modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe » n'est que brièvement motivé ; en l'absence de toute description des reviviscences et autres cauchemars vécus par la recourante ainsi que de leur fréquence, il n'est pas possible de retenir qu'une telle atteinte, pour autant qu'elle fût avérée, aurait un impact sur la capacité de travail. Au contraire, il convient de relever que l'experte psychiatre n'a, pour sa part, pas retenu un diagnostic de trouble état de stress post-traumatique, en raison de l'absence de critères selon les classifications internationales (en particulier pas de reviviscences traumatiques, pas de signes d'évitement, pas de symptomatologie neurovégétative).

8. Il convient ensuite de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

L'art. 25 RAI concrétise les art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGA. D'après l'art. 25 al. 1 RAI, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10), à l'exclusion toutefois : des prestations accordées

par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG (loi fédérale du 25 septembre 1952 sur les allocations pour perte de gain ; RS 834.1) et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Selon l'art. 25 al. 2 RAI, les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse. En vertu de l'art. 25 al. 3 RAI, si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe. D'après l'art. 25 al. 4 RAI, les valeurs statistiques visées à l'al. 3 sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux.

Le moment déterminant pour établir les revenus avec et sans invalidité est celui de la naissance du droit éventuel à une rente d'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 ; TF 9C_766/2023 du 13 février 2024 consid. 5.1).

b) Selon l'art. 26 al. 4 RAI, si le revenu effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, le revenu sans invalidité est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI, c'est-à-dire en principe sur la base de l'ESS, pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante. D'après l'art. 26^{bis} al. 1 et 2 RAI, on procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité si, après la survenance de l'invalidité, l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant ou réalise un revenu mais qu'il n'exploite pas autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui.

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder, pour fixer son revenu d'invalidé, sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA *** n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2).

d) Sous l'ancien droit, la jurisprudence admettait de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour tenir compte du fait que la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé était nécessaire (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50 % ou moins, une déduction de 10 % pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Le Tribunal fédéral a toutefois estimé que cette disposition réglementaire était contraire au système légal et que, lorsque le revenu avec invalidité est déterminé sur la base de données statistiques, il convient d'examiner également la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé conformément à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10).

Selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024, édicté sur la base de l'art. 28a al. 1 LAI, une déduction de 10 % est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1^{bis} RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

e) Compte tenu de l'absence d'activité depuis l'arrivée en Suisse, de la demande de prestations déposée le 7 mars 2023 et de la capacité de travail entière depuis janvier 2023 retenue sur la base de l'expertise K. _____, il y a lieu, comme l'a fait l'office intimé, de se référer aux données statistiques ressortant de l'ESS pour le calcul des deux termes de la comparaison des revenus.

aa) L'office intimé s'est fondé, pour fixer les revenus sans et avec invalidité, sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, tel qu'il ressort de l'ESS 2022, éditée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), soit un montant mensuel de 4'367 francs. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, ce revenu doit dès lors être adapté à la durée hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2022, soit 41,7 heures. Après adaptation à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2023 (+ 1,8 %), le revenu annuel brut s'élève à 55'615 francs.

bb) S'agissant de l'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidé, il y a lieu de retenir un abattement de 10 %, lequel apparaît conforme à la situation particulière de la recourante – laquelle est limitée à l'exercice d'activités sédentaires – et aux limitations fonctionnelles mises en évidence par les experts. Il n'y a pas lieu de tenir compte d'autres facteurs tels que l'âge ou la nationalité, de tels facteurs n'étant pas susceptibles de l'empêcher de trouver un emploi et de lui porter préjudice sur le plan salarial. Il s'ensuit que le montant du revenu d'invalidé doit être fixé à 50'054 francs.

f) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 55'615 fr. avec un revenu d'invalidé de 50'054 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 10 % dans la part que la recourante aurait consacré à l'exercice d'une activité lucrative.

9. L'office intimé n'a pas violé le droit fédéral en renonçant à procéder à une enquête économique sur le ménage afin de déterminer le taux d'empêchement dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, le résultat d'une telle enquête n'étant pas susceptible, au regard du degré d'invalidité présenté par la recourante dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, de permettre l'ouverture d'un droit à la rente d'invalidité ($[0,8 \times 10 \ %] + [0,2 \times 100 \ %] = 28 \ %$). Aussi, la question de savoir dans quelle mesure les limitations fonctionnelles reconnues chez la recourante ont un impact sur sa capacité à accomplir ses travaux habituels peut demeurer indéterminée.

10. Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'apparaît donc pas nécessaire de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, cela par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1; 130 II 425 consid. 2.1).

11. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (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 12 septembre 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Marine Girardin, pour C._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne)
dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :