

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Matthey

* * * * *

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourante,

et

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

Art. 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 25 et 26bis al. 3 RAI.

En fait :

A. Günes C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), suisse d'origine [...] née en ***, est arrivée en Suisse en 1988. Elle a notamment travaillé en qualité d'employée de production pour le compte de la société D. _____ SA du 1^{er} janvier 2000 au 31 juillet 2001.

Le 5 avril 2002, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle se trouvait en incapacité de travail totale dès le 10 janvier 2001 en raison de douleurs au dos et aux épaules, de fatigue et d'obésité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a notamment recueilli les rapports de la Dre F. _____, rhumatologue, et du Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale. La Dre F. _____ a retenu des cervico-dorso-scapulalgies droites sur troubles statiques et une dysbalance musculaire, estimant toutefois que ces atteintes ne justifiaient pas la poursuite d'une incapacité de travail de 100% (cf. rapport du 9 avril 2001). Le Dr G. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies et cervicalgies sur troubles statiques et discopathie, de périarthrite scapulo-humérale bilatérale chronique, d'obésité morbide, d'état anxio-dépressif, d'inadaptation et de troubles digestifs fonctionnels, estimant que sa patiente présentait de ce fait une incapacité de travail de 100% depuis le 10 janvier 2001 (cf. rapport du 17 août 2002).

Dans un avis du 25 juin 2003, la médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assurée ne souffrait d'aucune atteinte du ressort de l'assurance-invalidité. Au titre des diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, elle a fait état d'une obésité de grade III (100 kg ; BMI [Body Mass Index] de 43), reprenant les conclusions de la Consultation d'obésité et de troubles du comportement alimentaire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) du 16 avril 2001, qui avait préconisé des conseils diététiques et la reprise d'une activité physique. Sur le plan psychique, la médecin du

SMR n'a constaté aucune atteinte susceptible de réduire la capacité de travail, relevant qu'il n'y avait pas de suivi psychologique ni de traitement psychotrope. En définitive, elle a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle.

Par décision du 30 juin 2003, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Non contestée, cette décision est entrée en force.

B. Le 1^{er} avril 2009, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a expliqué qu'elle souffrait d'obésité morbide avec des douleurs articulaires, de fatigue, d'anémie et de dépression, précisant qu'elle était suivie depuis novembre 2003 par un psychiatre.

Au cours de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli les rapports des médecins traitants de l'assurée, le Dr E. _____, spécialiste en médecine interne générale, et le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 17 juin 2009, le Dr E. _____ a posé les diagnostics d'obésité morbide avec syndrome métabolique, estimant que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% en qualité de manutentionnaire, depuis le 10 janvier 2001. Quant au Dr L. _____, il a retenu des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2 et F60.3), tout en précisant que, même si elle avait conditionné des périodes d'incapacité de travail totale ou partielle de quelques mois (en 2003, 2004, 2005 et 2008), la pathologie psychiatrique n'était pas invalidante de manière durable, seule une diminution de rendement de 20 % devant être retenue dans les occupations habituelles en situation de stabilisation clinique (cf. rapport du 26 juin 2009).

Dans un avis du 30 octobre 2009, le médecin du SMR a observé que le Dr L. _____ n'avait retenu aucune atteinte à la santé de la sphère psychique justifiant une incapacité de travail durable. Quant à l'obésité morbide mise en évidence par le Dr E. _____, elle avait déjà été constatée dans le rapport d'examen du SMR du 25 juin 2003. Pour le médecin du SMR, l'exigibilité était donc restée inchangée depuis lors.

Par décision du 28 janvier 2010, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'existait pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à la décision du 30 juin 2003 et que l'intéressée ne présentait toujours pas d'atteinte invalidante.

C. **a)** L'assurée a repris une activité de cuisinière à 100 % dès le 1^{er} juillet 2013 pour le compte de la société H. _____ SA. Le 21 mai 2014, elle a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle souffrait de dépression, de troubles d'anxiété généralisés, d'hypertension artérielle, de diabète, d'obésité, d'anémie et de cholestérol, ayant conduit à une incapacité de travail de 100% depuis le 6 janvier 2014.

Le 12 juin 2014, le Dr E. _____ a fait savoir à l'OAI que l'état de santé de l'assurée présentait de nombreuses comorbidités, avec une aggravation de son état de santé physique et psychique justifiant une incapacité de travail entière de longue durée, voire définitive. Il a transmis à l'OAI un lot de pièces médicales, parmi lesquelles un rapport du 2 juin 2014 du Dr M. _____, médecin praticien, faisant état d'une exostose de Haglund bilatérale, prédominant à gauche, et attestant une incapacité de travail à 100% en raison des « problèmes des membres inférieurs ».

Compte tenu de ces documents, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations et a procédé à son instruction.

Le 14 juillet 2014, complétant un formulaire de l'OAI tendant à déterminer son statut, l'assurée a indiqué qu'en l'absence d'atteintes à la santé, elle aurait travaillé à 100 %, depuis toujours, dans le « service restauration », par nécessité financière.

Dans un rapport du 16 juillet 2014 à l'OAI, le Dr M. _____ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale du 2 avril au 1^{er} juin 2014, dans son activité de sommelière (sic), qui n'était plus exigible. Au titre des restrictions, le médecin a mentionné une

hypothyroïdie, une hypertension artérielle, du cholestérol et un excès pondéral (115 kg). Il estimait encore que l'assurée présentait un rendement réduit, en raison de sa surcharge pondérale, ainsi que des douleurs dans les membres inférieurs.

Renseignant l'OAI le 28 juillet 2014, l'employeur a indiqué que le salaire annuel de l'assurée s'élevait à 48'000 fr. et que les rapports de travail avaient pris fin au 31 mai 2014.

Dans un rapport du 24 septembre 2014 à l'OAI, le Dr E. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité de classe III, de trouble anxio-dépressif chronique, de syndrome lombo-vertébral et de gonalgie chronique sur arthrose. L'assurée présentait également une hypothyroïdie et un diabète, restant toutefois sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr E. _____ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de cuisinière, qu'il n'estimait plus exigible, en raison de la fatigabilité de l'assurée ainsi que de ses difficultés de locomotion et de compréhension. Le médecin traitant a encore indiqué que sa patiente restait capable de travailler uniquement en position assise, ainsi qu'en positions alternées. Il a notamment transmis un rapport du 16 janvier 2014 des Dres B. _____ et P. _____, médecins auprès du Service d'endocrinologie diabétologie et métabolisme de la I. _____, dont il ressortait que l'assurée souffrait d'obésité de classe III de répartition gynoïde, avec un poids de 118,4 kg, de trouble non spécifié du comportement alimentaire, de diabète de type II sous traitement oral, d'hyperménorrhée anémiant avec projet d'hystérectomie, d'hyperthyroïdie probablement d'origine auto-immune et d'hépatomégalie stéatosique. Les Dres B. _____ et P. _____ ont observé que la composante principale de la prise pondérale était un trouble non spécifié du comportement alimentaire de type grignotage compulsif. La patiente était partiellement consciente de son trouble du comportement alimentaire, sans être en demande de prise en charge (stade de pré-contemplation).

Dans un avis établi le 18 novembre 2014, les médecins du SMR ont retenus les éléments suivants :

« (...)

L'obésité est ancienne et en elle-même elle ne donne pas d'incapacité au travail.

Le syndrome métabolique est également ancien et pris en charge : l'hyperlipidémie, l'hypertension et le diabète sont connus et traités depuis plusieurs années.

L'hypothyroïdie est également ancienne et traitée.

Le syndrome lombo-vertébral, la gonarthrose sont connus depuis plusieurs années et étaient présents lors de la dernière décision. Le Dr M. _____ orthopédiste ne décrit pas de limitations nouvelles fonctionnelles importantes concernant le syndrome lombo-vertébral. Il reconnaît des difficultés : à l'accroupissement, à l'agenouillement, à la rotation en position assise, à la marche en terrain irrégulier et à l'accomplissement à des activités uniquement en position debout.

Le syndrome anxio-dépressif était également présent en janvier 2010 et nous n'avons pas de pièces médicales nouvelles du Dr A. _____ psychiatre à Q*** faisant état d'une aggravation de cette pathologie.

(...)

Le Dr M. _____ atteste de nouvelles limitations fonctionnelles, il y a donc une aggravation et une nouvelle atteinte : douleur des pieds sur exostose qui entraîne des limitations fonctionnelles incompatibles avec une activité constamment debout.

On peut raisonnablement admettre une pleine capacité de travail adapté (sic) sans déplacements autre que sur des courtes distances et sans travail debout.

(...). »

A teneur d'un calcul du salaire exigible du 7 janvier 2015, l'OAI a fixé le salaire avec invalidité à 46'621 fr. 09, compte tenu d'un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Comparé au salaire sans invalidité, de 48'000 fr., l'assurée présentait un taux d'invalidité de 2,87 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Au titre des exemples d'activités adaptées, l'OAI a mentionné toute activité industrielle légère, de conditionnement, principalement assise.

Interpellé par l'OAI sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis son rapport du 25 septembre 2014, le Dr E. _____ a indiqué le 31 mars 2015 que l'état de l'intéressée connaissait une dégradation lente, que sa capacité de travail dans son activité habituelle était nulle et que la capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée. S'agissant des limitations fonctionnelles, le médecin traitant a

mentionné une obésité (poids 124 kg) entraînant une fatigabilité extrême, des douleurs et un essoufflement, ainsi qu'une anémie ferriprive.

Dans un rapport du 19 juillet 2016 à l'OAI, le Dr A. _____, psychiatre traitant depuis mars 2012, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1), d'épisodes récurrents de dépression en 2003, 2004, 2005, 2008 et 2014 (F 32.2), ainsi que de retard mental léger (F70). S'agissant de la capacité de travail, le Dr A. _____ a indiqué ce qui suit :

« D'un point de vue strictement dépressif, je considère qu'hormis l'épisode dépressif de quelques mois entre 2013 et 2014 où elle fut à l'incapacité de travailler à 100%, le trouble dysthymique implique une réduction de la capacité de travail de l'ordre de 20%, à combiner avec les pathologies somatiques mentionnées précédemment. (...) Ce sont les maladies somatiques qui impactent le plus la capacité de travail de la patiente, toutefois, la symptomatologie dépressive chronique diminue la motivation, la capacité d'initiative et de maintien de la volonté sur le long terme chez cette patiente ».

Dans un avis du 2 août 2016, la médecin du SMR a opéré la synthèse des éléments apportés par les Drs M. _____ et A. _____ et a conclu qu'il convenait de suivre les conclusions de l'avis médical du SMR du 18 novembre 2014.

Par décision du 8 novembre 2016, l'OAI a confirmé le projet de refus de prestations du 29 septembre 2016, auquel l'assurée n'avait pas réagi. L'OAI a retenu que l'assurée ne présentait pas de nouvelles pathologies par rapport à celles prévalant lors de la précédente décision de refus de prestations mais que depuis lors, elle souffrait de nouvelles limitations fonctionnelles (douleurs des pieds sur exostose), incompatibles avec une activité constamment debout. Malgré cela, l'assurée bénéficiait toujours d'une capacité de travail entière dans toute activité ne nécessitant pas de déplacements autres que sur de courtes distances et pas de position debout. Procédant à la comparaison des revenus que l'assurée gagnerait avec et sans invalidité, l'OAI est parvenu à un préjudice économique de 2,87 %, insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Par acte du 20 novembre 2016, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. A l'appui de sa contestation, elle a fait valoir que son problème d'obésité morbide s'aggravait, lui occasionnant une grande fatigue, un essoufflement et des douleurs articulaires multiples. Elle mentionnait également être prise en charge au niveau orthopédique et psychiatrique, ajoutant qu'un bilan était en cours de réalisation au CHUV pour la pose d'un by-pass.

Par réplique du 22 mars 2017, la recourante a encore fait valoir que sa situation s'était aggravée, au point qu'elle n'était plus capable d'exercer quelque activité que ce fut. Ainsi, au niveau des mains, la paralysie s'aggravait, malgré l'opération ; elle n'avait plus de force dans les bras, surtout à gauche. Son obésité sévère rendait pratiquement sa vie insupportable : ses pieds avaient « grandi », ses talons étaient déformés et son essoufflement s'aggravait. Au plan psychique, la recourante a également soutenu souffrir d'une dépression profonde, nécessitant la mise en œuvre d'une expertise. Elle estimait en outre que l'hypertension artérielle, le diabète et le cholestérol avaient également une incidence sur son invalidité.

Par arrêt du 26 mars 2018 (cause AI 328/16 - 92/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision rendue le 8 novembre 2016 par l'OAI. En substance, elle a retenu au plan psychique comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles psychiques de l'assurée limitaient ses ressources et justifiaient une diminution de sa capacité de travail à raison de 20 %. En effet, déjà dans son rapport du 26 juin 2009, le Dr L. _____ avait fait état d'une baisse de rendement durable de 20 %, ce qui apparaissait également dans le rapport du 19 juillet 2016 du Dr A. _____. La situation de l'assurée au plan psychique n'avait pas connu d'aggravation ultérieure puisque le Dr A. _____ avait attesté, le 17 mars 2017, que l'état de santé de sa patiente était superposable à celui mentionné dans son rapport du 19 juillet 2016 (consid. 6). Au plan somatique, la Cour a constaté

qu'il était établi et non contesté que l'assurée ne possédait plus de capacité de travail dans son activité habituelle de cuisinière. Dans une activité adaptée, elle a constaté que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR tenaient compte de manière adaptée des restrictions liées à l'état de santé général de l'assurée au plan somatique, qu'il s'agisse des troubles du rachis, de l'obésité morbide, des éventuelles gonalgies ainsi que de l'exostose de Haglund. Aucun élément au dossier ne permettait de douter sérieusement du fait que, dans une activité adaptée à ces limitations, l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 100 %. Singulièrement, les avis des Drs E. _____ et M. _____, insuffisamment probants en raison de leur manque de précision et de motivation, ne suffisaient pas à remettre en cause l'appréciation des médecins du SMR (consid. 7). La Cour a toutefois relevé que le degré d'invalidité était de 22 %, compte tenu d'une diminution de la capacité de travail de 20 % au plan psychique. Cet arrêt n'a pas été contesté et est entré en force.

D. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 29 décembre 2021.

Le 23 mars 2022, elle a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 18 avril 2020, dans lequel le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a noté que la patiente se plaignait de gonalgies à caractère mécanique principalement droites au niveau du compartiment antérieur. Il a en particulier indiqué que la position assise était possible 45 minutes, nécessitant d'étendre le genou régulièrement, avec un relevé évoqué comme sensible ; les déplacements dans les escaliers n'étaient pas réalistes et le périmètre de marche n'excédait pas les dix minutes. Le médecin précité a également exposé que l'intéressée présentait une boiterie, imposant une déambulation avec le membre inférieur en extension à droite ; la qualité du sommeil était, de plus, perturbée par les douleurs au niveau du genou lui-même ;

- un rapport du 22 décembre 2021, dans lequel le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil

locomoteur, a posé le diagnostic de gonarthrose tricompartmentaire à prédominance interne des deux genoux ; une arthroscopie était prévue pour le 18 janvier suivant ;

- un rapport établi le 27 janvier 2022, par lequel le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de gonarthrose antéro-interne bilatérale prédominante au niveau de la fémoro-patellaire confirmé par les radiologies. Il a indiqué qu'il allait revoir la patiente dans une semaine pour procéder à une infiltration de plasma riche en plaquettes comme elle le souhaitait, l'ayant toutefois avertie que la gonarthrose était déjà avancée et qu'un tel traitement risquait de ne pas donner un bon résultat ;

- une attestation du 4 février 2022, par laquelle son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, a exposé avoir repris le suivi de l'assurée le 31 août 2021 et a posé les diagnostics incapacitants de polyarthrose ainsi que d'obésité morbide. Il a constaté une augmentation des douleurs articulaires diffuses de type mécanique mais aussi en partie inflammatoire, surtout au niveau des genoux, et une diminution de la mobilité. Le médecin précité a attesté une incapacité de travail totale et fait état d'un pronostic « pas bon si pas de perte de poids et pas de traitement efficace au niveau des articulations arthrosiques » ;

- une attestation établie le 2 mars 2022, dans laquelle le Dr A._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé psychique de sa patiente depuis son rapport à l'OAI de 2016 ; il a expliqué que celle-ci n'avait plus jamais été capable de travailler et que sa situation dépressive était désormais chronique. Il était d'avis que les conséquences somatiques majeures (obésité et problèmes orthopédiques) de ses troubles psychiatriques - qui étaient restés les mêmes qu'en 2016 - ouvraient légitimement le droit à reconsidérer sa situation du point de vue de l'AI ;

- un rapport du 10 mars 2022, par lequel le Dr S._____ a posé les diagnostics principaux d'obésité morbide de classe III selon l'OMS, de

status post-sleeve gastrectomie le 25 février 2019, de trouble non spécifié du comportement alimentaire, de lipodystrophie des membres inférieurs et de multi-carence en micronutriments substituée. Il a également listé les comorbidités associées suivantes : diabète de type 2, dyslipidémie, hypertension, BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), polyarthrose et hypothyroïdie. Le Dr S. _____ a indiqué que l'obésité liée au trouble du comportement alimentaire associée aux problèmes orthopédiques impliquait une limitation fonctionnelle significative, le pronostic restant réservé.

D'après le compte rendu de la permanence du SMR du 12 avril 2022, il convenait d'entrer en matière sur la quatrième demande de l'assurée afin d'investiguer sa situation médicale, au vu du nouveau diagnostic de gonarthrose antéro-interne bilatérale prédominante au niveau de la fémoro-patellaire.

Aux termes d'un rapport du 10 mai 2022 à l'OAI, le Dr R. _____ a posé les diagnostics d'obésité morbide de longue date, de polyarthrose et de BPCO. Les limitations fonctionnelles consistaient en des déplacements difficiles et la capacité de travail était nulle quelle que soit l'activité depuis 2015.

Par rapport du 19 mai 2022 à l'OAI, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics de gonarthrose bilatérale, d'obésité, d'hypertension artérielle, de spondyarthrose et de tunnel carpien. Il a exposé que sa patiente était en incapacité de travail totale depuis dix ans dans toute activité « d'effort ». La prochaine mesure médicale envisagée consistait en une arthroplastie totale des deux genoux.

Répondant le 2 juin 2022 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité professionnelle à 80 % en tant qu'ouvrière, par nécessité financière.

Dans un rapport du 18 juillet 2022 à l'OAI, le Dr A._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec épisodes toutes les années ou tous les deux ans depuis plus de vingt ans, qui évoluait défavorablement (F33), d'anxiété généralisée (F41.1) et de fonctionnement intellectuel limité (F70). Il a estimé sa capacité de travail à 0 %, toute activité étant illusoire, la patiente ayant épuisé toutes ses ressources et ne travaillant plus depuis dix ans.

Dans un avis du 5 septembre 2022, le médecin du SMR a constaté que certains éléments médicaux évoquaient une aggravation de la situation orthopédique de l'assurée. Sur le plan psychiatrique, une telle aggravation apparaissait moins claire, ce d'autant plus que le suivi était épisodique et que l'assurée ne suivait pas de traitement spécifique. Devant une situation médicale complexe et afin d'évaluer globalement l'état de santé de l'intéressée, ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail exigible, ainsi que l'évolution de celle-ci au cours du temps, il a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, orthopédie).

Par conséquent, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertises médicales K._____ (ci-après : le K._____). L'assurée y a été examinée les 29 mars et 6 avril 2023 par le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de leur rapport d'expertise du 22 mai 2023, les experts ont émis l'appréciation consensuelle suivante :

« [...]

3.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Au plan de la médecine interne

Diagnostics incapacitants :

Obésité morbide (grade III) (E66. 2)

Diagnostics non-incapacitants :

Hypertension artérielle essentielle (I10. 9)

Diabète de type 2 non insulinoquant (E11)

Goitre euthyroïdien (E04.0)

Insuffisance veineuse des membres inférieurs (I87.9)

Status après neurolyse du nerf médian gauche et suspicion de syndrome du canal carpien droit (G56.0)

Anémie ferriprive par spoliation chronique (D50. 0)

Utérus myomateux (D25. 9)

Au plan orthopédique

Diagnostics incapacitants :

Gonalgies bilatérales sur gonarthrose tricompartmentale prédominant à gauche.

Diagnostics non-incapacitants :

Omalgies liées à une non-utilisation des membres supérieurs et un déconditionnement.

Lombalgies sur déconditionnement.

Au plan psychique

Diagnostics incapacitants :

Dysthymie, F34.1

Diagnostics non-incapacitants :

Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, F50.4

3. 3 Constatations diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Au plan de la médecine interne

L'obésité morbide de grade III a été invoquée lors de chacune des demandes de prestations déposées par l'assurée en 2002, 2009 et 2014 et refusées ensuite par l'OAI VD. Le poids n'a pas augmenté depuis lors. Il a même légèrement baissé, si bien que l'appréciation devrait en principe être la même. Cependant, l'assurée présente, au-delà de cette obésité proprement dite, une adiposité localisée extrêmement abondante au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses, qui entravent sa mobilité. Cet état se traduit par des limitations fonctionnelles en termes d'efforts physiques, de déplacements et de travaux au-dessus du niveau des épaules. Ces limitations et les possibles problèmes d'hygiène résultant des importants plis de peau ne permettent plus le travail d'aide de cuisine. Une AA [activité adaptée] respectant les LF [limitations fonctionnelles] est en revanche possible avec une diminution du rendement de 30% en lien avec la perte de mobilité.

Au plan orthopédique

Il existe une gonarthrose. Cette dernière n'est pas décompensée, l'examen mettant en évidence un genou sec. Cependant, le traitement conservateur, les anti-inflammatoires, les infiltrations n'ont eu aucune efficacité. Elle a des plaintes un peu moins fortes, mais identiques, au niveau du genou droit.

Au plan psychique

Pessimisme, manque d'intérêt, ralentissement psychomoteur léger, faible persévérance : l'activité doit être répétitive, sans prise de décision immédiate, sans traitement d'informations simultanées.

3. 4 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Au plan de la médecine interne

Ce point relève de la psychiatrie. L'assurée nous a laissé l'impression de faire peu d'efforts pour améliorer sa condition et s'en remet beaucoup à sa belle-fille, y compris pour des tâches qui seraient encore à sa portée.

Au plan orthopédique

Non pertinent.

Au plan psychique

Faiblesse des capacités introspectives, passivité, dépendance à son entourage.

3. 5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Au plan de la médecine interne

Ressources :

Fils cadet et belle-fille soutenant

Facteurs de surcharges :

4^e demande de prestations, passivité

Au plan orthopédique

Ressources :

Peu de ressources. Son mari est dépendant de l'AI. Elle n'a aucune activité dans la journée. Tous les travaux sont effectués par sa belle-fille.

Facteurs de surcharges :

Important déconditionnement lié à une obésité morbide.

Au plan psychique

Ressources :

Ses enfants, sa belle-fille. Paradoxalement, ces personnes en l'aidant la maintiennent dans un mécanisme de passivité.

Facteurs de surcharges :

Eloignement de sa mère, de ses frères et soeurs. Faiblesse des capacités introspectives.

3. 6 Contrôle de cohérence

Au plan de la médecine interne

Pas d'incohérence

Au plan orthopédique

Les Haglund bilatéraux, que le Dr M. _____ a mis en évidence peuvent provoquer des douleurs dans des chaussures serrées, cependant, l'important déconditionnement de l'assurée, lié à une obésité morbide sont les éléments qui aggravent la symptomatologie douloureuse.

Au plan psychique

Nous ne trouvons aucune incohérence clinique.

3. 7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Au plan de la médecine interne

CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] (aide de cuisine) 0% depuis le 1^{er} juin 2014

Au plan orthopédique

CTAH (cuisine) 0%.

Au plan psychique

100 % depuis toujours jusqu'à juillet 2016, date de constatations d'une baisse de rendement par son psychiatre traitant. Cette baisse de rendement paraît tout à fait plausible au vu de la présentation

clinique de l'expertisée. La baisse de rendement est évaluée à 20 %. Ainsi, la capacité de travail est de 80 % depuis juillet 2016

3. 8 Capacité de travail dans une activité adaptée

Au plan de la médecine interne

70% par diminution de rendement de 30% depuis le 1^{er} juin 2014

Au plan orthopédique

CTAA 80% depuis toujours.

Au plan psychique

80 % depuis juillet 2016, par baisse de rendement de 20 %, et taux horaire de 100 %.

3. 9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale

L'obésité morbide de grade III associée à une adiposité localisée massive au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses impliquent des limitations fonctionnelles en termes d'efforts physiques, de déplacements et de travaux au-dessus du niveau des épaules.

L'AH n'est dès lors plus exigible. Elle est de 0% depuis sa dernière activité, soit dès le 01.06.2014.

Une AA respectant les LF est en revanche possible à 70% par diminution du rendement de 30% en lien avec la perte de mobilité depuis le 01.06.2014.

L'incapacité et la diminution de rendement dans une activité adaptée est liée à un déconditionnement important et un ralentissement général mécanique dans l'exercice des mouvements.

Il est en fait très probable que l'assurée n'exercera plus d'activité professionnelle en raison de facteurs non médicaux.

3.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Au plan de la médecine interne

Du point de vue de la médecine interne, aucune au vu des échecs successifs des mesures prises pour réduire le surpoids.

Au plan orthopédique

L'assurée doit se prendre en charge de manière globale, effectuer des exercices quotidiens, tant pour son rachis que pour ses épaules et ses genoux. Il est à craindre que la mise en place d'une prothèse aggrave la situation.

Au plan psychique

Aucune. Les chances d'amélioration sont quasiment nulles. La dysthymie est peu accessible à un traitement. Par ailleurs, la faiblesse des capacités introspectives de l'expertisée rend une psychothérapie caduque. »

Par avis du 5 juin 2023, le médecin du SMR ne s'est pas rallié entièrement à l'expertise menée par le K._____. Selon lui, l'appréciation de l'exigibilité faite par les experts du K._____ dans une activité adaptée (capacité de travail de 70 % par diminution de rendement de 30 % depuis le 1^{er} juin 2014) ne tenait pas compte de la décision de l'OAI de 2016 ni du

jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de 2018, qui confirmait cette décision. A son sens, l'état de santé de l'assurée tant somatique que psychique ne s'était pas significativement modifié depuis la dernière décision de l'OAI de 2016, de sorte qu'il lui était difficile d'admettre la baisse de rendement retenue par les experts du K._____ depuis juin 2014. Il lui apparaissait ainsi que les experts du K._____ avaient fait état d'une appréciation différente d'une même situation clinique, l'expertise ne mettant pas en évidence d'élément médical objectif en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé depuis 2016. Dès lors, la capacité de travail de l'assurée restait entière dans une activité adaptée, essentiellement assise et sans déplacement autre que sur de courtes distances. Le médecin du SMR a encore ajouté que des facteurs extra-médicaux péjoraient le pronostic de réinsertion professionnelle et que l'assurée conservait des ressources, même si elles étaient limitées.

L'assurée a bénéficié d'une intervention sous la forme de la pose d'une prothèse totale de genou gauche le 5 juillet 2023 (cf. protocole opératoire du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

Dans un rapport établi le 17 août 2023 à l'OAI, le Dr W._____ a noté que l'évolution post-opératoire était favorable. La mise en place d'une prothèse totale de genou du côté controlatéral était en train d'être évaluée. Du point de vue orthopédique, le médecin précité a indiqué qu'aucune incapacité de travail n'était à prévoir dans un futur proche, la patiente pouvant travailler dans une activité adaptée à 100 % en évitant les déplacements fréquents.

Il ressort d'un avis SMR du 5 septembre 2023 qu'à six semaines de l'opération du 5 juillet 2023, l'évolution était décrite comme favorable par l'orthopédiste traitant, qui estimait que sa patiente était apte à travailler à 100 % dans une activité ne nécessitant pas de déplacements fréquents. Par conséquent, les conclusions de l'avis du SMR du 5 juin 2023 restaient valables. Le médecin du SMR a encore relevé que la mise en place d'une prothèse du genou droit était en cours de discussion et qu'en l'absence de

complications, cette intervention devrait, elle aussi, justifier une incapacité de travail totale transitoire de six semaines dans toute activité, avant que l'intéressée ne récupère sa capacité de travail antérieure.

Par projet de décision du 25 octobre 2023, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations. Il a expliqué qu'ensuite de l'expertise réalisée par le K._____, il apparaissait qu'elle conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles sur le plan somatique, à savoir : une activité essentiellement assise et sans déplacement autre que sur de courtes distances, sans travail debout (douleur des pieds sur exostose). Sur le plan économique, l'office a retenu que le revenu sans invalidité s'élevait à 50'833 fr. 82 à 100 % selon le rapport de son employeur de juillet 2014, indexé à 2023. S'agissant du revenu avec invalidité et étant donné que l'assurée n'avait pas repris d'activité professionnelle, l'OAI s'est fondé sur le salaire que pouvait percevoir une femme dans des activités non qualifiées comme un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, soit 54'649 fr. 36 à 100 % en 2023. Il a donc estimé que l'intéressée présentait un degré d'invalidité de 0 %, inférieur à 40 %, de sorte que le droit à une rente n'était pas ouvert.

Le 24 novembre 2023, l'assurée a contesté le projet de décision précité. Elle a fait valoir que des complications importantes engendrant des douleurs au niveau de ses poignets et de son dos n'avaient pas été prises en compte par l'OAI et influençaient fortement sa capacité de travail.

Par courrier du 30 décembre 2023, elle a indiqué être en attente de rapports médicaux supplémentaires relatifs à ses atteintes aux poignets. Elle a produit un rapport établi le 15 décembre 2023 par sa médecin traitante, la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale, dont il ressortait qu'elle souffrait d'une obésité de stade III depuis des années, d'une polyarthrose douloureuse exacerbée par son poids, avec d'énormes douleurs et des difficultés pour la mobilisation et le déplacement, d'une

gonarthrose bilatérale avec prothèse totale de genou gauche en juillet 2023 et projet de PTG (prothèse totale de genou) droite dans une année, de douleurs lombaires en lien avec une arthrose lombaire et de douleurs des poignets en lien avec une arthrose des poignets avec mise en évidence récente de suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'une arthrose radio-ulnaire distale et rhizarthrose bilatérale. La médecin traitante a en outre fait état de troubles respiratoires avec une dyspnée chronique exacerbée à la mobilisation en raison du déconditionnement physique mais surtout en lien avec une BPCO avec hyperréactivité bronchique. Au niveau endocrinologique, l'intéressée présentait un goitre avec perturbation de la fonction thyroïdienne. Selon la médecin traitante, toutes ces comorbidités avaient un impact fonctionnel et rendaient impossible un travail physique à domicile et en dehors du domicile, la patiente éprouvant des difficultés à se déplacer et à rester plusieurs minutes dans la même position (assise ou debout).

Un rapport relatif à une IRM du poignet droit réalisée le 23 février 2024 a conclu à une chondropathie piso-triquétrale modérée avec une synovite modérée, à une chondropathie radio-ulnaire distale avec une petite synovite, à une absence de chondropathie radiocarpienne ou médiocarpienne évidente mais présence d'une petite synovite, à une absence d'argument pour un conflit ulno-carpien, à un aspect très inflammé des attaches ulnaires du disque articulaire du « TFC », probablement en rapport avec une déchirure partielle et avec une petite érosion osseuse de la styloïde ulnaire en regard, à une tendinopathie modérée et ténosynovite modérée de l'extenseur ulnaire du carpe, à une petite ténosynovite du fléchisseur radial du carpe et à de petits signes de souffrance du nerf médian au sein du canal carpien.

Aux termes d'un rapport du 10 juin 2024 à l'OAI, la Dre J._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée l'avait consultée en raison de douleurs sous forme de fourmillements des mains et du poignet droit ; elle présentait des douleurs notamment du compartiment ulnaire du poignet à droite associées à une mobilité légèrement réduite du

poignet et une force qualifiée de faible (force de serrage au Jamar à 4 kilos à droite et 2 kilos à gauche et au pinch de 1 kilo des deux côtés). La Dre J._____ a posé les diagnostics de douleurs du poignet à droite avec une chondropathie radio-ulnaire distale et une inflammation de la région du TFCC (*Triangular fibro cartilage complex*). Elle a proposé à sa patiente une infiltration de la région sous scopie, celle-ci devant toutefois se renseigner sur d'éventuelles contre-indications dues à son diabète.

Par rapport du 20 août 2024 à l'OAI, la Dre J._____ a exposé que sa patiente pourrait exercer une activité qui éviterait des mouvements répétitifs et en force au niveau de la main droite. Elle a précisé que celle-ci ne l'avait pas recontactée depuis le mois de mars 2024. Avec son envoi, elle a transmis à l'OAI un rapport établi le 1^{er} février 2024 par le Dr Y._____, spécialiste en neurologie, qui a noté que la patiente souffrait depuis environ une année de douleurs sur le nerf ulnaire du poignet droit avec des blocages des doigts, des paresthésies dans le bout des doigts et un endormissement, étant dérangée dans son sommeil. L'examen neurologique avait révélé des lâchages au testing de la force au niveau des membres supérieurs ; il existait une diminution de la sensibilité au niveau du pouce droit et un léger signe de Tinel au niveau du tunnel carpien droit, confirmé par neurographie. Selon le neurologue, la situation était probablement compliquée par l'arthrose de l'articulation radio-ulnaire.

Dans un avis du 23 septembre 2024, la médecin du SMR a constaté que les investigations médicales réalisées à la suite de l'expertise pluridisciplinaire du K._____ de 2023 avaient confirmé un léger syndrome du tunnel carpien droit et une arthrose radio-ulnaire distale droite. De l'avis de la Dre J._____, il convenait de retenir des limitations pour les mouvements répétés et en force de la main droite ; en revanche, il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail en lien avec cette atteinte dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ci-dessus ainsi que celles retenues lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2023.

Il ressort d'une fiche de calcul du degré d'invalidité 2023 de l'OAI établie le 16 octobre 2024 que l'assurée pouvait mettre sa capacité de

travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement léger, aide-administrative. Le collaborateur de l'OAI retenait un abattement de 10 % en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles qui pouvaient engendrer un désavantage salarial.

Par décision du 18 février 2025, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité à l'assurée, reprenant les motifs présentés dans son projet de décision du 25 octobre 2023.

E. Par acte du 17 mars 2025, C. _____ a interjeté un recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité. En substance, la recourante fait valoir que le degré d'invalidité retenu par l'OAI est manifestement insuffisant. En outre, l'absence de formation scolaire et professionnelle, couplée à ses restrictions médicales, limitait considérablement son accès à l'emploi. La recourante a soutenu que les activités professionnelles mentionnées dans la décision querellée n'étaient ni représentatives de ses capacités réelles, ni concrètement réalisables dans son cas. Elle a ajouté que son état de santé se dégradait au fil des années, ce qui justifiait une réévaluation de sa demande de prestations.

Par réponse du 6 mai 2025, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 10 juin 2025, la recourante a confirmé sa position. Elle a ajouté qu'un diagnostic de fibromyalgie était actuellement suspecté, celui-ci devant nécessairement faire l'objet d'un examen médical approfondi, structuré et individualisé par l'intimé, intégrant l'ensemble des indicateurs pertinents. Il en découlait que toute fixation de degré d'invalidité à ce stade était précoce, l'étendue de ses limitations fonctionnelles demeurant indéterminée. Avec son envoi, la recourante a produit les pièces suivantes :

- un certificat du 16 mai 2025, par lequel son psychiatre traitant a attesté qu'elle présentait une « inaptitude au placement ORP » à 100 % du 1^{er} juin au 30 septembre 2025 ;

- un certificat établi le 6 juin 2025 par sa médecin traitante, selon lequel elle présentait une incapacité de travail de 100 % pour une durée indéterminée pour des raisons médicales.

Par duplique du 14 juillet 2025, l'intimé a confirmé ses conclusions, en relevant que les pièces produites par la recourante, non circonstanciées, reflétaient la situation actuelle, de sorte qu'elles n'étaient pas susceptibles d'influencer le bien-fondé de sa décision. Il a, de plus, expliqué qu'il était loisible à l'intéressée de déposer une nouvelle demande auprès de son administration.

Par déterminations du 31 août 2025, la recourante a maintenu qu'une instruction médicale devait être menée quant à sa fibromyalgie et produit un rapport établi le 22 août 2025, dans lequel le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a noté que la patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'une gonarthrose bilatérale et de polyarthro-myalgies diffuses, chroniques, éventuellement compatibles avec une fibromyalgie. Il a fait état de ce qui suit :

« **Discussion :**

1. Fibromyalgie

2. Gonarthrose bilatérale (PTG G et gonarthrose fémoro-tibiale interne D sévère)

- Patiente en attente d'une prothèse de genou D mais qu'elle appréhende. Elle sera vue prochainement pour cela par le Dr W._____.

3. Déconditionnement musculaire global

22.8.25 : polyarthro-myalgies diffuses, chroniques, accompagnées d'asthénie, sensation diffuse de brûlures, manque de force aux mains, difficultés d'équilibre, intolérance au chaud et au froid, insomnies, sommeil pas réparateur, problèmes de concentration, et une dépression.

- Pas d'éléments cliniques ni biologiques pour un rhumatisme inflammatoire sous-jacent.

- Au status plusieurs zones de fibromyalgie sont douloureuses à la palpation, ce qui témoigne un phénomène de sensibilisation centrale à la douleur.
- Je parle à votre patiente de la fibromyalgie.
- Je conseille une activité physique régulière afin d'éviter une aggravation du déconditionnement musculaire et pour augmenter le seuil douloureux. Il n'est pas nécessaire de prescrire d'antalgiques au long cours.
- Je prescris de la physiothérapie active, de reconditionnement musculaire global, avec auto-exercices. Une perte pondérale est aussi très importante. La poursuite du suivi de psychiatrie est indispensable, avec discussion pour un éventuel traitement antidépresseur. »

Par écriture du 29 septembre 2025, l'intimé a maintenu sa position et s'est référé à l'avis du SMR établi le 25 septembre 2025, qu'il a produit, selon lequel le rapport du Dr Z. _____ n'apportait pas d'élément médical nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre de l'instruction de cette quatrième demande ; le diagnostic de fibromyalgie était déjà évoqué par le passé ; sur le plan clinique, le rapport précité ne mettait pas en évidence de modifications significatives des plaintes ni de l'examen clinique de l'intéressée ; les recommandations de prise en charge étaient de surcroît superposables à celles de 2001. A cela s'ajoutait que l'éventuelle mise en place d'une prothèse totale du genou droit était connue du SMR, qui avait analysé cette situation.

Le 16 octobre 2025, la recourante a demandé « la réforme complète de la décision contestée » et requis que sa fibromyalgie soit reconnue à titre de maladie auto-immune et dégénérative et prise en compte dans la fixation de son taux d'invalidité.

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 des prestations de l'AI, à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 29 décembre 2021.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 29 décembre 2021, de sorte que le nouveau droit est applicable.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF

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

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).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments

objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu’un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l’expert (TF 9C_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

d) S’agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l’expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l’assuré, afin de voir s’ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l’assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

e) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l’objet d’une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d’un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l’art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d’après l’état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié

cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

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

6. a) En l'espèce, l'assurée a déposé une précédente demande de prestations AI le 21 mai 2014, ayant conduit à une décision de refus de rente du 8 novembre 2016, confirmée dans son résultat, mais pas dans son raisonnement, par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018.

Après être entré en matière sur la nouvelle demande de l'assurée déposée le 29 décembre 2021 en raison d'une aggravation de la gonarthrose, l'OAI a estimé que la modification de l'état de santé invoquée par la recourante n'était pas susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Ecartant en partie les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire menée par le K. _____ le 22 mai 2023 et se fondant sur les avis du SMR – en particulier ceux du 5 juin 2023 et 5 septembre 2023 –, l'office intimé a en effet retenu que l'intéressée conservait une capacité de travail entière dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles sur le plan somatique, à savoir une activité essentiellement assise et sans déplacement autre que sur de courtes distances, sans travail debout. La recourante conteste ce point de vue, estimant pour l'essentiel être incapable de travailler, ses restrictions médicales, en sus de son absence de formation scolaire et professionnelle, limitant considérablement son accès à l'emploi.

b) En premier lieu, on relèvera que l'avis du SMR du 5 juin 2023 ne convainc pas et ne permet donc pas de s'écarter valablement des conclusions expertales du K._____. En effet, il ressort de cet avis que la baisse de rendement de 30 % retenue par les experts du K._____ ne pouvait être admise, l'expertise ne mettant pas en évidence d'élément médical objectif en faveur d'une aggravation significative de l'état de santé psychique ou somatique de l'intéressée depuis 2016. La médecin du SMR a ainsi retenu qu'une capacité de travail entière était exigible dans une activité adaptée, tel que cela ressortait de la précédente décision de l'OAI, confirmée par arrêt du 26 mars 2018 de la Cour des assurances sociales. Ce faisant, elle a précisément omis de tenir compte de l'arrêt précité, qui a certes confirmé la décision de l'OAI dans son résultat – à savoir un refus de rente d'invalidité – mais qui a admis une baisse de rendement de 20 % pour des raisons psychiques, telle qu'attestée par les psychiatres L._____ et A._____. La Cour a effectivement estimé que, bien qu'il apparaisse peu vraisemblable, en règle générale, qu'une dysthymie soit invalidante, la dépression latente sous forme de dysthymie depuis au moins quinze ans associée à des épisodes dépressifs récurrents et à un retard mental léger compliquait significativement la capacité de la recourante à s'inscrire dans une activité professionnelle sur la durée et influait sur sa capacité à agir et se motiver. Elle a donc considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles psychiques de l'assurée limitaient ses ressources et justifiaient cette diminution de la capacité de travail (cf. arrêt CASSO du 26 mars 2018 AI 328/16 – 92/2018, consid. 6). Partant, en retenant que la situation n'avait pas évolué et que la recourante conservait une capacité de travail entière, la médecin du SMR a fait preuve d'une certaine méconnaissance du dossier et ne saurait être suivie.

c) Il convient à présent d'examiner la valeur probante de l'expertise réalisée le 22 mai 2023 par le K._____, afin de déterminer si elle peut servir de fondement à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

aa) D'un point de vue formel, le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont individuellement rencontré la recourante les 29 mars et 6 avril 2023 afin d'effectuer leur examen clinique, ont réalisé un examen sanguin en laboratoire, ont confronté leurs conclusions lors d'un échange au terme de leurs examens respectifs, et également lors de la finalisation de l'expertise (cf. rapport d'expertise, p. 11), puis ont rédigé un rapport détaillé. Ils ont ainsi établi une évaluation consensuelle dans laquelle ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement énumérées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'expertise a en outre été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier, les experts ayant synthétisé les documents médicaux depuis 1996 (cf. expertise du K._____, p. 39 ss).

bb) Sur le plan psychiatrique, l'expert V._____ a posé le diagnostic incapacitant de dysthymie (F34.1) et le diagnostic non-incapacitant d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Ces diagnostics ont été posés par l'expert psychiatre en référence à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), à la lumière des éléments cliniques constatés (cf. rapport d'expertise du K._____, pp. 33 ss). L'expert a dûment expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas de trouble dépressif récurrent, s'alignant à cet égard sur le diagnostic de dysthymie posé par le psychiatre traitant dans son rapport du 19 juillet 2016 devant l'existence d'une humeur triste évoluant depuis de nombreuses années, sans rumination anxieuse, sans élément psychotique associé, ni idée suicidaire ; les troubles cognitifs n'étaient, du reste, pas majeurs. A l'instar du psychiatre traitant, il a considéré qu'il existait une baisse de rendement de 20 % du fait de la

dysthymie, soit du manque de persévérance, d'une anhédonie et d'un léger ralentissement psychomoteur. S'agissant du trouble alimentaire, l'expert a précisé que celui-ci n'influait pas la capacité de travail puisqu'il n'existait pas de temps passé important à manger, ni de souffrance morale majeure liée à l'acte même de consommer des produits alimentaires.

L'expert V._____ a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, il s'est dûment prononcé sur le degré de gravité de la dysthymie présentée par l'assurée, en relevant que celle-ci engendrait des difficultés d'introspection, ainsi que des difficultés à mettre en place des stratégies efficaces et une certaine passivité. La recourante présentait en outre une humeur triste, une baisse de l'élan vital, sans baisse d'estime d'elle-même, un très léger ralentissement psychomoteur, un léger ralentissement de la gestuelle et un émoussement des affects. S'agissant du critère relatif au succès ou à l'échec du traitement et de la réadaptation, il a indiqué que le traitement actuel était anarchique, du fait du manque d'intérêt de l'expertisée, qu'un suivi plus régulier serait souhaitable et qu'un traitement antidépresseur pourrait être essayé, sans qu'il ne soit toutefois exigible. Aucun trouble de la personnalité n'avait été constaté. Au regard de la Mini CIF-APP, la symptomatologie entraînait des difficultés à planifier et structurer les tâches, ainsi qu'à envisager son existence différemment de ce qu'elle vivait actuellement, étant en outre maintenue dans une activité répétitive et affaiblie par un manque d'intérêt. Elle conservait toutefois une capacité à s'adapter aux règles et aux routines, ainsi qu'à dire ce qu'elle pensait, à dire non, à entretenir des rapports avec sa famille, à travailler en groupe et à prendre soin d'elle. Elle disposait de ressources auprès de ses enfants et de sa belle-fille. Du point de vue de la cohérence, l'expert psychiatre a relevé qu'il n'existait pas de volonté d'exagération des douleurs, la description des symptômes étant en concordance avec la description des diminutions des activités de la vie quotidienne.

En définitive, l'expert psychiatre a retenu une capacité de travail de 80 %, par baisse de rendement de 20 %, depuis juillet 2016, date de la constatation de la dysthymie par le psychiatre traitant, dans une

activité répétitive, maîtrisée, sans prise de décision immédiate. La baisse de rendement était liée à la dysthymie, c'est-à-dire au manque de persévérance, à l'anhédonie et au léger ralentissement psychomoteur présentés par l'intéressée. Ce faisant, l'expert s'est rallié à la situation prévalant en 2016, confirmée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018. Ses conclusions sont claires, motivées et cohérentes avec les éléments au dossier et les constats cliniques opérés.

L'analyse du Dr V. _____ n'est, du reste, pas sérieusement mise en doute par les éléments au dossier. En effet, ce dernier a dûment étayé son positionnement quant à l'avis médical du psychiatre traitant de la recourante ressortant de ses rapports des 2 mars et 18 juillet 2022. A cet égard, il a souligné ne pas retenir une aggravation de l'atteinte psychiatrique compte tenu de l'absence d'élément psychotique associé, d'idée suicidaire et de trouble cognitif majeur, mais a estimé que la situation était uniquement devenue plus chronique, avec un isolement social plus important depuis quelques années. On relèvera, d'ailleurs, que le psychiatre traitant a expressément noté, dans son rapport du 2 mars 2022, que les troubles psychiatriques restaient identiques à ceux de 2016 et que le droit à reconsidérer la décision de refus de rente devait être ouvert au vu des atteintes somatiques majeures. S'agissant en outre du diagnostic posé d'anxiété généralisée (cf. rapport du 18 juillet 2022), l'expert V. _____ a dûment expliqué que l'expertisée ne présentait pas de ruminations anxieuses ni de manifestations neurovégétatives, de sorte que ce diagnostic devait être exclu. A cela s'ajoute que les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise ne sont pas remises en cause par les rapport établis postérieurement. Le certificat du 16 mai 2025 du Dr A. _____, produit avec la réplique, attestant une incapacité de travail de 100 %, n'est pas motivé et ne permet donc pas d'invalider les conclusions expertales motivées et convaincantes.

cc) Sur le plan somatique, l'expert en médecine interne générale, le Dr T. _____, a posé le diagnostic incapacitant d'obésité morbide de grade III et les diagnostics non-incapacitants d'hypertension

artérielle essentielle, de diabète de type 2 non insulinorequérant, de goitre euthyroïdien, d'insuffisance veineuse des membres inférieurs, de status après neurolyse du nerf médian gauche et suspicion de syndrome du canal carpien droit, d'anémie ferriprive par spoliation chronique et d'utérus myomateux. Il a relevé que la situation s'apparentait à un cercle vicieux, puisqu'il faudrait que la recourante augmente son activité physique et cesse ses grignotages, mais que celle-ci n'y parvenait pas en raison des problèmes orthopédiques et éventuellement psychiques ; de l'autre côté, le succès d'éventuelles interventions prothétiques au niveau des genoux destinées à améliorer les douleurs et l'autonomie semblait compromis par le surpoids. Il a souligné à cet égard la progression des comorbidités ostéoarticulaires. Le médecin précité a estimé que l'expertisée était confrontée à des limitations fonctionnelles en lien avec son obésité, plus précisément avec une adiposité localisée extrêmement marquée au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses qui entravaient sa mobilité. La capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide cuisinière était nulle depuis le 31 mai 2014. Il estimait toutefois que la recourante était capable de travailler à 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans une activité sédentaire sans efforts physiques importants, sans déplacement de plus de quelques cinquantaines de mètres, principalement en position assise et sans travaux en hauteur de plus de quelques minutes de suite, en raison de la surcharge pondérale et de l'adiposité localisée, et ce probablement depuis le 1^{er} juin 2014. La diminution de rendement était provoquée par le déconditionnement et les difficultés de déplacement.

L'expert en rhumatologie, le Dr U._____, a, quant à lui, posé les diagnostics incapacitants de gonalgies bilatérales sur gonarthrose compartimentale, prédominant à gauche, ainsi que de limitations douloureuses de la mobilité des deux épaules, et les diagnostics non-incapacitants de lombalgies, d'Haglund bilatéral, relevant en outre une importante obésité et un déconditionnement global. Il a notamment relevé à cet égard que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau des épaules liées à la surcharge dépendante d'une très importante obésité au niveau des bras, qui l'empêchait d'effectuer certains mouvements et provoquait des surcharges au niveau de la mobilisation. La capacité de travail dans

l'activité d'aide-cuisinière était nulle depuis janvier 2014. L'expert précité a toutefois estimé que la recourante conservait une capacité de travail de 100 %, avec une diminution de rendement de 20 % en raison d'un besoin de périodes de repos, dans une activité principalement assise lui permettant de changer de position, sans marche, sans accroupissement, sans activité à genou, sans échelle, ni échafaudage, sans marche sur un terrain inégal et sans activité au-dessus de la ceinture scapulaire. Il a également expliqué que la mise en place de prothèses totales pourrait diminuer les douleurs de l'assurée, à condition que celle-ci effectue des exercices musculaires lors de la réadaptation et avant la mise en place des prothèses. Il a encore noté que l'assurée se plaignait de douleurs au niveau des poignets, sans que des examens cliniques ne mettent en évidence de pathologie ; il a toutefois recommandé d'investiguer de manière approfondie l'origine de ces douleurs afin qu'un traitement adéquat soit institué.

Les conclusions expertales apparaissent claires, circonstanciées et dûment motivées, de sorte qu'elles satisfont aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Certes, le SMR reproche aux experts d'avoir retenu une diminution de rendement de 30 % sur le plan somatique depuis 2014, alors qu'une décision rendue le 8 novembre 2016 par l'office avait admis une capacité de travail de 100 % sous l'angle somatique, ce qui avait été confirmé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il convient toutefois de relever que cette décision antérieure reposait exclusivement sur les rapports des médecins traitants ainsi que sur l'appréciation du SMR, sans qu'une expertise indépendante pluridisciplinaire, dont la valeur probante est accrue, n'ait été ordonnée. Par ailleurs, il ressortait déjà des rapports des médecins traitants à l'époque que la recourante présentait des difficultés de mobilisation en lien avec son obésité. Dans ces conditions, on peut admettre que le Dr T._____ ait estimé que la baisse de rendement de 30 % avait probablement débuté en juin 2014.

À cela s'ajoute que les experts ont objectivé une aggravation de l'état somatique depuis la décision précédente, en particulier sur le plan ostéo-articulaire. Ils ont notamment relevé une progression de la

gonarthrose et ont fait état de douleurs aux épaules liées à l'obésité, qui n'étaient pas objectivées auparavant, ces atteintes engendrant de nouvelles limitations fonctionnelles. Ces éléments médicaux nouveaux viennent ainsi conforter l'appréciation expertale d'une diminution de rendement, en s'inscrivant dans une évolution clinique documentée et cohérente avec les limitations fonctionnelles décrites.

On relèvera, d'ailleurs, que le Tribunal fédéral est revenu sur sa jurisprudence et a estimé que l'obésité pouvait entraîner une invalidité donnant droit à des prestations de rente ; il s'agit d'examiner au cas par cas si et dans quelle mesure l'obésité et le déconditionnement physique qu'elle engendre impactent la capacité de travail et, cas échéant, si l'assuré peut réduire le dommage (cf. ATF 151 V 66 consid. 5.9 et 5.11). En l'espèce, les experts ont dûment exposé le parcours de la recourante, obèse depuis plus de trente ans, prise en charge dès 2001 par la consultation d'obésité du CHUV, qui avait déjà retenu un diagnostic d'obésité de grade III ; ils ont exposé les différents traitements instaurés, y compris une « sleeve gastrectomie » effectuée le 25 février 2019, qui n'avait conduit qu'à une perte modeste d'une dizaine de kilos, explicable par le trouble persistant du comportement alimentaire et par les douleurs articulaires, en particulier les gonalgies, limitant considérablement l'activité physique. L'expert en médecine interne générale a relevé le cercle vicieux dans lequel se trouvait la recourante. Il a également souligné que l'adiposité localisée était extrêmement marquée au niveau de l'abdomen, des bras et des cuisses et entravait sa mobilité. Au vu de ce qui précède, il est tout à fait compréhensible qu'il ait retenu le diagnostic d'obésité de grade III comme étant incapacitant et responsable d'une baisse de rendement de 30 %.

Les conclusions expertales au niveau somatique ne sont, d'ailleurs, pas mises en doute par les éléments au dossier antérieurs à l'expertise. Les rapports médicaux produits par la recourante le 23 mars 2022 à l'appui de sa nouvelle demande de prestations font en effet état des mêmes diagnostics et de limitations fonctionnelles superposables (position assise possible pendant 45 minutes, nécessitant d'étendre le genou régulièrement, pas de déplacement dans les escaliers, périmètre de marche

n'excédant pas 10 minutes). En outre, le rapport du 10 mai 2022 du Dr R._____, lequel estime la capacité de travail de la recourante comme étant nulle quelle que soit l'activité depuis 2015, n'est aucunement étayé et ne convainc dès lors pas. De même, le rapport du 19 mai 2022 du Dr Q._____, attestant une incapacité de travail totale depuis dix ans dans toute activité d'effort, ne permet pas d'invalider la capacité de travail retenue par les experts du K._____ dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

dd) L'évaluation consensuelle des experts ne prête pas non plus le flanc à la critique. Au terme de deux échanges, ceux-ci sont parvenus à une évaluation globale de la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 %, depuis le 1^{er} juin 2014 (cf. expertise, p. 11). Cette appréciation, dûment motivée, est entièrement probante et pouvait être suivie par l'intimé, contrairement à ce que préconisait le médecin du SMR dans son avis du 5 juin 2023.

d) Cela dit, il apparaît que l'état de santé de la recourante a évolué après la réalisation de l'expertise par le K._____.

Celle-ci a en effet bénéficié d'une intervention sous la forme d'une pose de prothèse totale de genou gauche le 5 juillet 2023 selon le protocole opératoire du même jour du Dr W._____. La mise en place d'une prothèse totale du genou droit était en cours de discussion. Ce médecin a noté, dans un rapport du 17 août 2023, que l'évolution post-opératoire était favorable et qu'aucune incapacité de travail n'était à prévoir dans un futur proche, la patiente pouvant travailler dans une activité adaptée à 100 % en évitant les déplacements fréquents. A l'instar du médecin du SMR (cf. avis du 5 septembre 2023), il sied de retenir qu'en l'absence de complication, l'intervention prévue au genou droit devrait, elle aussi, justifier une incapacité de travail totale transitoire de six semaines dans toute activité, avec récupération de la capacité de travail antérieure. Partant, les conclusions des experts du K._____ restent valables, malgré les interventions précitées. L'on peut également considérer que les limitations fonctionnelles resteront les mêmes, dans le but de soulager les genoux de

l'intéressée, l'expert U._____ ayant retenu que la pose de prothèses pourrait diminuer les douleurs, sans qu'elles ne disparaissent complètement.

Conformément à l'avis du Dr U._____, qui préconisait d'investiguer les douleurs que présentait l'intéressée au niveau des poignets, un examen neurologique auprès du Dr Y._____ a eu lieu, qui a en particulier révélé un léger signe de Tinel au niveau du tunnel carpien droit et une arthrose radio-ulnaire distale droite, comme cela ressort du rapport du médecin précité du 1^{er} février 2024. Une IRM du poignet droit a également été réalisée le 23 février 2024. La Dre J._____, spécialiste en chirurgie de la main, a posé les diagnostics de douleurs du poignet à droite avec une chondropathie radio-ulnaire distale et une inflammation de la région du TFCC et proposé à sa patiente une infiltration de la région sous scopie. Répondant au questionnaire de l'OAI, la médecin précitée a estimé, dans un rapport du 20 août 2024, que sa patiente pourrait exercer une activité qui éviterait des mouvements répétitifs et en force au niveau de la main droite.

Face à ces éléments, l'on peut se rallier aux conclusions du SMR, qui a relevé, dans un avis du 23 septembre 2024, que les diagnostics supplémentaires de léger syndrome du tunnel carpien droit et d'arthrose radio-ulnaire droite devaient être retenus et que ceux-ci entraînaient les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : limitation pour les mouvements répétés et en force de la main droite, sans incidence sur la capacité de travail de la recourante. La décision de l'OAI du 18 février 2025 ne tient pas compte de cet avis du SMR, puisqu'elle se réfère entièrement aux motifs présentés dans le projet de décision du 25 octobre 2023, en omettant d'ajouter les limitations fonctionnelles liées au membre supérieur droit, ce qui constitue une erreur et doit être corrigé dans le cadre de la présente procédure.

e) La recourante fait en outre valoir, dans sa réplique, qu'une fibromyalgie serait désormais suspectée, laquelle devait nécessairement faire l'objet par l'OAI d'un examen médical approfondi, intégrant l'ensemble

des indicateurs jurisprudentiels relatifs aux troubles somatoformes psychiques. Elle a produit à cet égard un rapport du 22 août 2025 du Dr Z._____, qui a noté que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, d'une gonarthrose bilatérale et de polyarthromyalgies diffuses, chroniques, éventuellement compatibles avec une fibromyalgie.

On observera tout d'abord que ce rapport a été établi le 22 août 2025, à la suite d'une consultation ayant eu lieu le jour-même, soit postérieurement à la décision de l'OAI attaquée datée du 18 février 2025, de sorte qu'il ne devrait en principe pas en être tenu compte (cf. consid. 5a *supra*). Quoi qu'il en soit, il apparaît que le diagnostic de fibromyalgie formulé par le médecin susmentionné n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expression « éventuellement compatible » suggérant qu'il ne s'agit que d'une hypothèse et non d'une conclusion formelle. Du reste, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or, en l'occurrence, comme le relève le SMR dans son avis du 25 septembre 2025, les éléments décrits par le Dr Z._____ en lien avec le diagnostic possible de fibromyalgie - à savoir des polyarthromyalgies - sont connus de longue date, les médecins traitants de la recourante ayant mentionné à plusieurs reprises que celle-ci souffrait de polyarthrose. Il en va de même des gonarthroses bilatérales et du déconditionnement musculaire. Toutes ces atteintes ont dûment été prises en compte par les experts du K._____. D'ailleurs, le Dr Z._____ ne se prononce pas sur la capacité de travail exigible de sa patiente et ne fait pas état de limitations fonctionnelles supplémentaires.

Pour tous ces motifs, le rapport du 22 août 2025 du médecin précité ne permet pas d'invalider les conclusions du K._____ et des médecins du SMR.

f) En définitive, compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de retenir que la recourante, qui est certes totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'aide-cuisinière, conserve une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % liée à sa dysthymie ainsi qu'à une perte de mobilité et un besoin de se reposer, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : activité répétitive, maîtrisée, sans prise de décision immédiate, principalement assise permettant de changer de position, sans déplacement autre que sur de courtes distances, sans accroupissement, sans activité à genou, sans échelle, ni échafaudage, sans marche sur un terrain inégal, sans activité au-dessus de la ceinture scapulaire, sans mouvement répété et en force de la main droite.

7. La recourante n'élève aucun grief spécifique relatif au calcul de son degré d'invalidité. Toutefois, dans la mesure où une capacité de travail de 70 % aurait dû être retenue et qu'un abattement aurait dû être appliqué (cf. raisonnement ci-dessous), il convient de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité.

Tout d'abord, on relèvera que le statut de 100 % active retenu par l'intimé, en dépit de la réponse apportée par la recourante dans le formulaire de détermination du statut complété le 2 juin 2022 (à savoir qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % en tant qu'ouvrière) est admissible. En effet, l'intéressée avait repris une activité de cuisinière à 100 % en juillet 2013 et, selon un formulaire rempli le 14 juillet 2014, elle travaillerait à 100 % en bonne santé, par nécessité financière, de sorte que l'OAI avait retenu un statut d'active à 100 % lors de la précédente procédure, ayant mené à l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 26 mars 2018. *In casu*, la recourante ne rend pas vraisemblable que ce statut aurait changé ensuite de cette procédure.

a) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée

de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, si le revenu effectivement réalisé au sens de l'art. 26 al. 1 RAI est inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI le revenu sans invalidité correspond à 95 % de ces valeurs médianes (art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur au 1^{er} janvier 2022). Au sens de l'art. 26 al. 3 RAI, l'alinéa 2 n'est pas applicable lorsque le revenu avec invalidité visé à l'art. 26bis al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5 % aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3 RAI (let. a), ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (let. b).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement

exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

b) 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-veillesse 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).

c) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI – dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 –, édicté sur la base de l'art. 28a al.

1 LAI, si du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1bis 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 opéré sur la valeur statistique.

Le Tribunal fédéral a 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). Il y a lieu, en ce sens, de tenir compte de facteurs liés à la personne assurée susceptibles de réduire ses perspectives salariales, tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité, la jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75 consid. 5b/bb-cc), ce y compris l'éventuelle déduction de 10 % pour le travail à temps partiel (lettre circulaire AI n° 445 du 26 août 2024 de l'Office fédéral des assurances sociales).

D'après la jurisprudence antérieure à la modification de l'art. 26bis al. 3 RAI, le point de savoir s'il se justifie de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles dépend de la nature de celles-ci ; une réduction à ce titre n'entre en considération que si, dans un marché du travail équilibré, il n'y a plus un éventail suffisamment large d'activités accessibles à l'assuré (TF 8C_732/2019 du 19 octobre 2020 consid. 4.5 ; TF 8C_549/2019 du 26 novembre 2019 consid. 7.7 ; TF 8C_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.3). Aussi y a-t-il lieu de déterminer si les limitations fonctionnelles constituent un facteur qui obligerait l'assuré à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 ; TF 8C_860/2018 du 6 septembre 2019 consid. 6.3.3).

d) Selon l'art. 26bis al. 3 RAI 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. 1bis RAI de 50 % ou moins, une déduction de 20 % est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

D'après le chiffre II des dispositions transitoires relatives à la modification du RAI du 18 octobre 2023, pour les rentes en cours à l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 qui correspondent à un taux d'invalidité inférieur à 70 % et pour lesquelles le revenu avec invalidité a été déterminé sur la base de valeurs statistiques et n'a pas déjà fait l'objet d'une déduction de 20 %, une révision est engagée dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la présente modification. Si la révision devait conduire à une diminution ou à une suppression de la rente, il y sera renoncé. Si elle devait conduire à une augmentation de la rente, celle-ci prendra effet à l'entrée en vigueur de la présente modification (al. 1). Lorsque l'octroi d'une rente ou d'un reclassement a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 18 octobre 2023 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande n'est examinée que s'il est établi de façon plausible qu'un calcul du taux d'invalidité effectué en application de l'art. 26bis al. 3 RAI pourrait aboutir cette fois à la reconnaissance d'un droit à la rente ou au reclassement (al. 2).

e) En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations le 29 décembre 2021 et subi une incapacité de travail durable dans son activité habituelle depuis 2014, de sorte que l'éventuel droit à la rente a pris naissance à compter du 1^{er} juin 2022 (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Il convient donc de raisonner selon l'art. 26bis al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023, et de s'en tenir, s'agissant du revenu avec invalidité, à la jurisprudence en vigueur avant le 1^{er} janvier 2024 pour examiner la pertinence d'un éventuel abattement dû à l'atteinte à la santé ou aux circonstances du cas d'espèce.

Les limitations fonctionnelles physiques de l'intéressée en lien avec ses difficultés de mobilité (déplacements et travail au-dessus de la ceinture scapulaire) et ses gonalgies sont, pour les unes, prises en compte dans le cadre de la baisse de rendement de 30 % admise et, pour les autres, n'empêcheront pas l'assuré de retrouver un emploi adapté (sédentaire à semi-sédentaire) dans le large éventail d'activités simples et répétitives ne nécessitant pas de formation dans les secteurs de la production et des services, de sorte qu'elles ne justifient pas un abattement (cf. notamment TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 et les nombreuses références citées). Les limitations fonctionnelles psychiques sont, quant à elles, également prises en compte dans le cadre d'une baisse de rendement par rapport à une activité à 100 % et ne sauraient à nouveau intervenir dans le cadre de l'abattement, sous peine de donner lieu à une double comptabilisation du même aspect. En revanche, conformément à la fiche de calcul du degré d'invalidité 2023 établie le 16 octobre 2024 par l'OAI, qui n'a à tort pas été reprise dans la décision du 18 février 2025, un abattement de 10 % se justifie en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles physiques de la recourante restantes, à savoir les mouvements répétés et en force de la main droite.

Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 selon l'ESS ne requièrent aucun niveau de connaissance linguistique, aucune formation, ni aucune expérience préalable, de sorte qu'un abattement ne se justifie pas pour ces motifs (TF 8C_112/2020 du 13 mai 2020 consid. 7.3 ; TF 8C_314/2019 du 10 septembre 2019 consid. 6.2 et les références citées). Vu la quantité d'activités simples et répétitives existant sur le marché de l'emploi, force est de constater que nombre d'entre elles sont accessibles à la recourante, qui ne peut donc être suivie lorsqu'elle affirme que les activités adaptées retenues par l'intimé ne sont pas compatibles avec son état de santé, ni représentatives de ses capacités réelles.

f) Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et

services) était, en 2022, de 4'367 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2022, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1), soit 54'631 fr. 17 par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », établi par l'OFS). On aboutit ainsi à un revenu d'invalidé de 34'417 fr. 65 pour une activité exercée à 70 % avec un abattement de 10 %.

g) S'agissant du revenu sans invalidité, l'on peut, conformément au raisonnement effectué par l'OAI, se fonder sur le revenu réalisé dans la dernière activité lucrative exercée, qui s'élevait à 48'000 fr. en 2014 (cf. questionnaire rempli par l'employeur le 26 juillet 2014), les conditions de l'art. 26 al. 2 RAI dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022 n'étant pas remplies (cf. consid. 7a bb *supra*). Indexé à 2022 (+ 0.5 %, + 0.8 %, + 0.4 %, + 0.5 %, + 1 %, + 0.9 %, + 0.6 % + 0.8 %), il doit être fixé à 50'703 fr. 15.

h) La comparaison d'un revenu sans invalidité de 50'703 fr. 15 avec un revenu d'invalidé de 34'417 fr. 65 aboutit à un degré d'invalidité de 32,12 %, arrondi à 32 %, qui n'ouvre pas le droit à la rente.

Partant, le résultat auquel est parvenu l'intimé dans sa décision du 18 février 2025, à savoir un refus de rente d'invalidité, doit être confirmé.

8. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

9. **a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis 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 18 février 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Günes C. _____,
- 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 :