

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 2 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 23 décembre 2016, en joignant un certificat médical attestant qu'elle était hospitalisée depuis le 21 novembre 2016 en service psychiatrique, à l'A._____, pour une durée indéterminée.

Répondant le 6 février 2017 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à sa santé, son taux d'activité serait de 35 % depuis 2005, dans une activité de femme de ménage.

Dans un rapport du 27 novembre 2017, les Dres Q._____ et U._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.20), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00) et de trouble de la personnalité mixte, émotionnellement labile et histrionique (F60.31 ; F60.4). L'assurée avait été hospitalisée à sept reprises entre mai 2005 et mai 2017, pour des séjours de durées variables. L'incapacité de travail était complète dans l'activité de femme de ménage depuis le 16 janvier 2017.

Répondant le 7 janvier 2019 à des questions complémentaires soumises par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), les Dres Q._____ et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10) et dépendance à l'alcool, actuellement abstinent (F10.2). La situation clinique était superposable au précédent rapport et la capacité de travail restait nulle, les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étant décrites comme suit :

manque d'initiative, difficultés à gérer du stress, diminution de la concentration et de l'attention, difficulté à prioriser, incapacité à supporter la fatigue liée à un poste de travail.

L'assurée a par ailleurs été adressée à des spécialistes dès avril 2018, pour des brachialgies. Des IRM (imageries par résonance magnétique) cervicales ayant montré des discopathies en C6-C7 et en C5-C6 allant en se péjorant et la douleur persistant malgré le traitement conservateur, l'assurée a subi une intervention chirurgicale le 20 mai 2019. Répondant le 23 septembre 2019 à un questionnaire de l'OAI, le Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie et en chirurgie de la colonne vertébrale, a posé le diagnostic ayant répercussion sur la capacité de travail de syndrome radiculaire irritatif, déficitaire, sensitif C6-C7, sur une hernie discale foraminale C5-C6 gauche. L'intervention avait motivé un arrêt de travail du 25 mai au 1^{er} juillet 2019. Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étaient le port de charge limité à 8-10 kg et le changement fréquent de position (assis/debout).

L'OAI a encore obtenu notamment divers rapports médicaux relatifs à des hospitalisations d'office (PLAFA) de l'assurée à l'A._____ en mai 2005, juin 2015, décembre 2016 et mai 2017, puis a soumis le dossier à son Service médical régional (SMR), lequel a rendu l'avis suivant le 9 janvier 2020 :

« A plus de trois ans du dépôt de la demande, les éléments médicaux au dossier nous permettent de retenir ce qui suit : D'un point de vue somatique, l'assurée présente une atteinte douloureuse du rachis cervical ayant été prise en charge de manière chirurgicale après un long suivi conservateur. Les informations dispensées par les médecins ne sont que peu détaillées. Manifestement, l'intervention n'a amené qu'une faible amélioration subjective des douleurs. L'atteinte est néanmoins significative et des limitations fonctionnelles semblent pouvoir être retenues. Ces dernières ne contre-indiqueraient certainement pas la réalisation d'une activité adaptée à plein temps mais limiteraient vraisemblablement la [capacité de travail] dans l'activité habituelle d'agent de propreté et d'hygiène.

D'un point de vue psychiatrique, la problématique de consommation d'alcool après lecture du premier rapport psychiatrique semblait être au premier plan. La symptomatologie dépressive a néanmoins persisté malgré l'abstinence (rapport du 07.01.2019). De plus, les

éléments décrits dans les rapports d'hospitalisation tendent à montrer que si les épisodes d'alcoolisation péjoraient et pourraient encore péjorer la situation, et que si la situation psychosociale défavorable semblait également avoir un impact sur l'état de santé, ces deux éléments ne peuvent être retenus comme suffisants à eux seuls pour expliquer les dysfonctionnements de l'assurée. Une atteinte d'ordre dépressif récurrent ainsi qu'un trouble de la personnalité sont selon toute vraisemblance bien présents. L'assurée a pu fonctionner malgré tout jusqu'à fin 2016, date à laquelle la situation s'est péjorée de manière durable. D'après les éléments à disposition, les ressources de l'assurée sont sans aucun doute très limitées.

Nous sommes donc d'avis que malgré que l'atteinte somatique ne soit pas complètement détaillée, l'ensemble de la situation découlant de l'atteinte psychique est suffisante pour justifier une [capacité de travail] nulle en toute activité.

Début de l'[incapacité de travail] durable : 100 % depuis novembre 2016.

[Capacité de travail] dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée : 0 %

Limitations fonctionnelles : Port de charge lourde, fatigabilité, difficulté dans la gestion du stress et intolérance à la frustration, manque d'initiative, difficulté dans la gestion des émotions, apparition périodique de phases de décompensation. »

L'OAI a mis en œuvre une évaluation économique sur le ménage et un rapport a été versé au dossier le 30 juin 2020, basé notamment sur une visite au domicile de l'assurée le 15 juin 2020. L'enquêtrice a déterminé un statut d'active à 35 % et ménagère à 65 %. Pour les travaux ménagers, l'évaluation a porté sur cinq postes auxquels un pourcentage a été attribué en fonction de leur ampleur par rapport à l'entier des charges du ménage. Ainsi, il a été retenu un empêchement pondéré de 0 % sur 40 % pour l'alimentation (aide exigible de la famille), de 68 % sur 30 % pour l'entretien de l'appartement, de 0 % sur 10 % pour les achats et courses diverses (aide exigible de la famille), de 68 % sur 10 % pour la lessive et l'entretien des vêtements et de 0 % sur 10 % pour le soin aux enfants (adolescent âgé de [...] ans au moment de l'atteinte, de [...] ans au moment de l'évaluation), soit un empêchement total de 27.2 % sur la part ménagère.

Par décisions des 6 octobre et 13 novembre 2020, confirmant son projet de décision du 14 juillet 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une

demi-rente d'invalidité et une rente pour enfant liée à la rente de la mère dès le 1^{er} novembre 2017. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail ininterrompue dès le 26 novembre 2016. Au terme du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail était totale dans toute activité. Sur la base d'un empêchement de 100 % sur la part active de 35 % et de 27.2 % sur la part ménagère de 65 %, le degré d'invalidité s'élevait à (35 % + 17.7 % =) 53 %, ce qui donnait droit à une demi-rente d'invalidité.

B. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations le 6 avril 2021, soutenue par le service social de l'A. _____ et le Dr J. _____, médecin assistant à la consultation ambulatoire W. _____, lequel avait adressé à l'OAI un rapport daté du 25 mars 2021, faisant état en particulier des éléments suivants :

« La patiente a présenté des rechutes dépressives en 2017 avec une hospitalisation à l'A. _____ du 26.04.2017 au 26.05.2017. Par la suite, nous avons augmenté son traitement antidépresseur avec un effet modéré sur la thymie qui reste toutefois fluctuante depuis le début du suivi. En 2020, la patiente présente une nouvelle rechute dépressive qui s'est encore aggravée en fin d'année suite à la décision de l'AI d'octroyer une rente partielle. Elle présente actuellement une thymie très abaissée, une aboulie, des angoisses, des troubles du sommeil et une exacerbation des traits de personnalité émotionnellement labiles avec des idées suicidaires non scénarisées, ainsi que des difficultés sociales et familiales importantes en lien avec sa situation financière. »

Face à un projet de décision du 7 avril 2021 refusant d'entrer en matière, l'assurée a fait valoir qu'elle ne demandait pas une révision, mais une reconsidération, en pointant des erreurs dans l'appréciation de sa situation. A l'appui de sa démarche, elle a produit en particulier les pièces médicales suivantes :

- Un rapport établi le 3 mai 2021 par le Dr J. _____, comportant l'appréciation suivante :

« Depuis 2017, la patiente a présenté des rechutes dépressives récurrentes, d'intensité variable mais avec une tendance à l'aggravation progressive. Les modifications du traitement pharmacologique n'ont pas eu d'effet significatif au niveau clinique.

En 2020, la patiente présente une nouvelle rechute dépressive, en lien avec la pandémie COVID et les problèmes de ses trois enfants avec les consommations de drogues, ce qui est très bouleversant pour elle. L'épisode dépressif s'est encore péjoré en fin d'année 2020, suite à la décision de l'AI d'octroyer une rente partielle, ce qui est vécu comme une non reconnaissance de sa maladie. Elle présente actuellement une thymie très abaissée, une aboulie, une anhédonie, des angoisses, des troubles du sommeil et une exacerbation des traits de personnalité émotionnellement labile avec des idées suicidaires récurrentes, ainsi que des difficultés sociales et familiales importantes en lien avec sa situation financière. Il y a aussi la notion de violences de la part de son mari. »

- Un rapport du 26 mai 2021, attestant de l'hospitalisation de l'assurée à l'A._____ depuis le 18 mai 2021 en raison d'un tentamen médicamenteux et d'idées suicidaires.

Par décision du 3 juin 2021, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 6 avril 2021. Dans une lettre d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que les conditions de la reconsidération et de la révision n'étaient pas remplies.

L'assurée a recouru le 9 juillet 2021 contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en exposant, d'une part, que son état de santé s'était péjoré durant l'année 2020 et, d'autre part, que son taux d'activité serait de 100 % sans son handicap, dès lors que son enfant cadet était majeur. A l'appui de ses écritures, elle a joint en particulier un rapport établi le 1^{er} juillet 2021 par la Dre U._____, dont il ressort que la rechute dépressive en 2020 était liée à la pandémie de COVID-19 et à des problèmes familiaux, que l'état de la recourante s'était aggravé en fin d'année 2020 à réception de la décision de l'OAI et que l'intéressée avait été hospitalisée durant dix jours en mai 2021.

L'OAI a été informé en janvier 2022 des décisions prises par la Justice de paix du district [...] en décembre 2021, instaurant une curatelle de représentation et de gestion en faveur de l'assurée.

Statuant par arrêt du 9 mai 2022 (AI 256/21 - 149/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours dans la mesure où il était recevable et confirmé la décision du 3 juin 2021 en tant qu'elle refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande du 6 avril 2021. Relevant d'emblée que les conclusions tendant à la reconsidération de la décision du 6 octobre 2020 étaient irrecevables, la Cour a ensuite constaté que les rapports établis par le Dr J._____ en mars et mai 2021 ne rendaient pas plausible une péjoration durable de l'état de santé par rapport à la situation qui prévalait jusqu'en octobre 2020, surtout au regard des limitations dans les tâches ménagères déjà retenues lors de l'évaluation économique de juin 2020. Enfin, les autres éléments invoqués, à savoir le changement de statut et les éléments médicaux figurant dans le rapport médical de la Dre U._____ du 1^{er} juillet 2021, ne pouvaient être pris en compte car postérieurs à la décision litigieuse.

C. L'assurée a déposé une troisième demande de prestation le 16 juin 2022, fondée sur son état psychique.

Dans le délai imparti pour produire toute pièce rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, l'OAI a reçu un rapport de la Dre U._____ du 19 juillet 2022, faisant état d'une péjoration progressive de la situation depuis mai 2020. Une hospitalisation pendant 10 jours avait été nécessaire en mai 2021 à la suite d'un épisode de tentative suicidaire et d'une rechute de consommation d'alcool. Il existait également une péjoration de la situation socio-économique. Après avoir tenté de prendre son autonomie, le fils cadet était revenu vivre au domicile familial, ce qui entraînait des conflits quotidiens. En outre, la relation avec la curatrice désignée début 2022 était difficile.

L'OAI a établi le 8 août 2022 un projet de décision refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, dès lors qu'il n'apparaissait pas que la situation de l'assurée se soit notablement modifiée.

L'assurée, par son conseil Me Yvan Henzer, a contesté ce projet par écritures des 2 septembre et 12 octobre 2022, en exposant que l'aggravation de son état de santé était attestée tant par sa psychiatre que par sa médecin généraliste traitante. Elle avait connu une aggravation de l'état dépressif entraînant une rechute dans la consommation d'alcool. En outre, elle ne pouvait plus passer l'aspirateur et l'ensemble des tâches ménagères était pris en charge par son mari, à l'exception de la cuisine. Elle a joint en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport d'entrée au service d'urgences de l'E. _____ établi le 17 mai 2021 par les Drs D. _____, spécialiste en médecine interne, et [...], médecin assistant, relatant la prise en charge de l'assurée à la suite d'un tentamen médicamenteux, avant son transfert en service psychiatrique.

- Un rapport établi le 8 octobre 2022 par la Dre T. _____, médecin praticienne, exposant ce qui suit :

« En tant que médecin-traitante de la patiente susmentionnée depuis 2013, j'ai ainsi pu suivre l'évolution de sa condition physique, psychique et mentale au fil du temps.

Le suivi médical de ma patiente ainsi que les rapports de mes confrères relèvent, à l'évidence, que la situation de celle-ci s'est aggravée par rapport à il y a deux ans, notamment sur le plan psychique. Avec notamment un état dépressif en péjoration qui s'est concrétisé de façon préoccupante par un tentamen suicidaire du 17.05.2021 (abus de médicaments et alcool). La patiente, sans ressources financières suffisantes pour payer ses factures de base, doit également faire face à un fils consommateur de drogues et en échec scolaire, un mari qui la tourmente en raison de son passé alcoolique et de prostitution. En outre, son vécu de victime de violences physique et sexuelle n'a jamais été pris en compte. Ces multiples situations complexes ont déclenché une rechute de consommation d'alcool — alors qu'elle était abstinente depuis plusieurs années —, ainsi qu'une décompensation psychique qui s'est concrétisée par son hospitalisation en psychiatrie à A. _____. Ces indications sont complétées et confirmées par le rapport écrit de mon confrère de l'Hôpital de [...], le Dr. D. _____. Depuis fin 2021, elle n'est plus suivie régulièrement par la Dre U. _____, psychiatre de langue portugaise, qui a été transférée dans un autre service. Elle est désormais suivie par un psychiatre francophone hospitalier, ce qui nécessite que les séances soient traduites par un traducteur externe, ce qui constitue un frein évident à une prise en charge adaptée ; car, de son propre aveu, elle n'ose pas tout dire devant un intermédiaire.

Un récent rapport de la Dre U._____ a mis en évidence un pronostic d'évolution mauvais.

Sur le plan physique, mon confrère neurochirurgien, le Docteur X._____ n'a pas revu la patiente depuis 2020. L'opération de discectomie a été réalisée mais la persistance des douleurs et le manque de sensibilité et force du membre supérieur gauche restent inchangés ; la patiente n'est pas capable de passer l'aspirateur à la maison car c'est douloureux. Hormis la cuisine, c'est son mari qui fait les commissions et s'occupe d'autres tâches ménagères de base, n'hésitant pas à récriminer en permanence son épouse. Il est clair que cette situation handicapante sur le plan physique a aussi un impact négatif sur la vie de tous les jours. »

Par décision du 17 octobre 2022, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestation du 16 juin 2022. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a rappelé qu'un premier refus d'entrer en matière signifié le 3 juin 2021 avait été confirmé par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 9 mai 2022 et qu'aucun élément produit avec la nouvelle demande de révision de rente ne rendait plausible une modification durable de la situation depuis cet arrêt.

D. Toujours représentée par Me Yvan Henzer, L._____ a recouru le 18 novembre 2022 contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2022, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour réexamen et instruction supplémentaire dans le sens des considérants. Elle a fait valoir qu'elle n'était plus en mesure d'accomplir aucune tâche ménagère en raison d'une aggravation de son état psychique, de sorte que le degré d'empêchement d'accomplir une activité ménagère n'était plus de 27,2 %, mais au moins de 80 %. En outre, la part ménagère ne pouvait pas être maintenue à 65 %, dès lors qu'elle avait complété dès 2010 son taux d'activité en accomplissant des ménages chez des particuliers en sus de son emploi, ce qui correspondait à un taux d'activité supplémentaire de 15 %. Enfin, son taux d'activité initialement limité à 35 % était lié au jeune âge de ses enfants. Le cadet étant désormais majeur, il fallait tenir compte du fait qu'elle aurait augmenté son taux d'activité, comme elle avait commencé à le faire dès

la 7^e année de cet enfant. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport établi le 17 novembre 2022 par les Dres Q._____ et [...], médecin assistante auprès de la consultation ambulatoire du W._____W._____, indiquant que la patiente présentait actuellement une thymie très abaissée et qu'elle s'était installée dans une chronicisation de ses troubles.

Dans sa réponse du 12 janvier 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il a relevé que le rapport médical produit par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande de prestations n'était pas de nature à rendre plausible une modification durable de la situation depuis les dernières décisions rendues.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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 bienfondé du refus d'entrer en matière sur une demande de révision, singulièrement sur la question de savoir si l'intéressée a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de son état de santé depuis la décision du 6 octobre 2020, entrée en force.

3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

b) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations, entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments sans rendre plausible une modification des faits déterminants depuis le dernier examen matériel du droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71 ; 130 V 64 consid. 2 et 5.2.3).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté

recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'un assuré dépose une nouvelle demande sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Un tel avertissement n'est nécessaire que si les moyens proposés sont pertinents, en d'autres termes s'ils sont de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

d) Dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Il ne prend pas en considération les rapports médicaux produits postérieurement à la décision administrative. Cette limitation du pouvoir d'examen du juge ne s'applique toutefois pas si l'administration a omis d'impartir un délai à l'assuré pour produire les pièces pertinentes auxquelles il s'était référé dans sa demande (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et consid. 6).

4. En l'espèce, la recourante conclut principalement à l'annulation de la décision du 17 octobre 2022 et à ce qu'une rente entière lui soit accordée à compter du 1^{er} juillet 2022. La deuxième partie de cette

conclusion est irrecevable compte tenu du pouvoir d'examen de la Cour de céans limité à la question de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier, en application de l'art. 87 al. 2 RAI. Pour cette même raison, le nouveau rapport médical établi le 17 novembre 2022, produit par la recourante après que la décision entreprise a été rendue, ne saurait être pris en considération.

Il reste ainsi à examiner si la recourante a rendu plausible, eu égard aux pièces produites devant l'intimé, une modification significative de son état de santé depuis la décision du 6 octobre 2020, entrée en force.

5. a) En l'occurrence, dans sa décision du 6 octobre 2020, l'intimé n'a retenu aucune capacité de travail et le taux d'invalidité a été déterminé sur la base de la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), applicable aux personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part. Pour la recourante, la part active a été évaluée à 35 % et la part ménagère à 65 %, sur la base des indications données par cette dernière dans le formulaire de détermination du statut qui lui a été soumis en 2017 et confirmées lors de l'évaluation économique du 30 juin 2020. Sur ce point, l'enquêtrice a encore pris note du fait que l'assurée s'était satisfaite de son emploi à 35 % durant de nombreuses années et que les heures de ménage effectuées en plus chez des particuliers étaient des activités accessoires exercées de manière occasionnelle, sans recherche active.

Pour la part ménagère, il a été constaté lors de l'évaluation économique que la recourante n'arrivait plus à effectuer la plus grande partie de ses tâches habituelles. En revanche, il est apparu qu'elle disposait encore de certaines ressources, résidant essentiellement dans

l'aide qui peut raisonnablement être attendue des autres membres de son ménage, si bien qu'une invalidité totale ne pouvait être reconnue dans ce domaine. L'évaluation économique du 30 juin 2020 ne prend pas seulement en compte les limitations fonctionnelles retenues par le SMR, mais également les plaintes de la recourante elle-même, tant sur le plan physique (douleurs aux cervicales et en bas du dos, limitation pour porter, vertiges, fatigue, maux de tête, perte de sensibilité et de force dans les bras depuis l'opération au niveau des cervicales) que sur le plan psychique (tristesse, pleurs, angoisses augmentant lorsqu'il y a beaucoup de monde et de bruit, fatigabilité, mise en retrait, préférant être seule et ne supportant pas la stimulation). Ainsi, l'enquêtrice a constaté qu'en raison de ses douleurs cervicales, la recourante n'était plus en mesure de procéder aux travaux ménagers lourds et qu'elle pouvait accomplir elle-même certains travaux légers si elle était stimulée par son entourage. Cette capacité résiduelle a été évaluée à environ 30 % des tâches d'entretien de l'appartement et d'entretien des vêtements, postes représentant respectivement 30 % et 10 % de l'ensemble des tâches ménagères examinées. Par ailleurs, l'aide exigible du mari de la recourante a été retenue pour les postes « alimentation », « achats et courses diverses », ainsi que « soins aux enfants et aux proches », lesquels représentent respectivement 40 %, 10 % et 10 % des tâches ménagères totales. L'enquêtrice a encore noté que le fils de la recourante était âgé de 13 ans au moment de l'atteinte, de sorte que ses besoins de soins concernaient les sorties et activités de loisir. Ces besoins n'existaient plus au moment de l'évaluation, l'enfant étant âgé de 17 ans. Elle a également relevé que le mari et le fils de la recourante étaient en bonne santé habituelle et que la recourante était assistée de sa fille (adulte) lors de la visite de l'enquêtrice à domicile, notamment pour assurer la traduction.

b) Dans l'arrêt du 9 mai 2022 (AI 256/21 - 149/2022), la Cour de céans a constaté que les pièces médicales produites par la recourante à l'appui de sa demande du 6 avril 2021, à savoir deux rapports établis en mars et mai 2021 par le Dr J._____, ne rendaient pas plausibles une péjoration durable de son état de santé par rapport à la situation qui

prévalait jusqu'en octobre 2020. En effet, l'apparition périodique de phases de décompensation figurait dans les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé. Par ailleurs, dans la mesure où la demi-rente avait été accordée sur la base de l'analyse des empêchements dans les activités ménagères, il fallait avant tout rendre plausible que la péjoration de l'état de santé de la recourante était susceptible d'entraîner des limitations plus importantes dans les tâches ménagères que ce qui avait été retenu lors de l'évaluation économique de juin 2020. Or, le Dr J._____ n'avait pas mentionné de nouvelles limitations fonctionnelles ni établi de constat en relation avec l'accomplissement des tâches ménagères. Quant au contexte social mentionné par la recourante à l'appui de son recours, le SMR avait déjà noté dans son avis du 9 janvier 2020 que la situation psychosociale défavorable de la recourante, notamment des conflits récurrents avec son mari, semblait avoir un impact sur son état de santé psychique. Toutefois, l'argumentation soutenue par l'intéressée ne rendait pas plausible une augmentation de ses empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères dans le cours laps de temps écoulé depuis la décision octroyant une demi-rente, laquelle avait au demeurant apporté une amélioration de sa situation économique (cf. consid. 5b).

c) La demande du 16 juin 2022, objet de la présente procédure, n'était pas étayée. Dans le délai imparti par l'intimé pour rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, la Dre U._____ a adressé à l'intimé un rapport établi le 19 juillet 2022.

Il convient de relever que le rapport de la Dre U._____ du 19 juillet 2022 reprend intégralement les éléments qui figuraient dans celui du 1^{er} juillet 2021 écarté dans l'arrêt AI 256/21 - 149/2022 du 9 mai 2022 (consid. 5c). Comme déjà relevé dans cet arrêt, le rapport du 1^{er} juillet 2021 ne fait que confirmer le contenu de ceux établis en mars et mai 2021 par le Dr J._____. Les éléments supplémentaires mentionnés dans le rapport du 19 juillet 2022 sont en lien avec l'évolution de la situation sociale de la recourante, décrite comme peu propice à une amélioration de son état de santé psychique en raison de la situation socio-économique

de la famille et de conflits en augmentation depuis le retour du fils qui avait récemment tenté de s'autonomiser. Cependant, sans minimiser les importantes difficultés rencontrées par la recourante, il faut rappeler que l'impact du contexte socio-économique ne peut être pris en compte que dans le cadre de l'examen des ressources objectivables qui peuvent en être tirées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 et les références citées), plus précisément, concernant la recourante, dans l'évaluation des empêchements ménagers. Le fils cadet de la recourante faisait ménage commun avec ses parents lorsque l'enquête ménagère a été établie, en juin 2020. Il avait été relevé à l'époque que cet enfant, alors âgé de 17 ans, n'avait plus besoin d'aucun soin particulier de la part de ses parents. Aucune aide exigible ne lui avait en outre été attribuée. Son départ du domicile familial, respectivement son retour, n'ont par conséquent pas d'incidence sur l'évaluation du taux d'empêchement de la recourante dans l'accomplissement de ses tâches habituelles. S'agissant ensuite des réticences exprimées par la recourante face à la curatrice nouvellement désignée, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une mesure destinée à alléger les tâches administratives de la recourante qui avaient toujours été assumées par son mari (cf. p. 6 du rapport d'évaluation économique sur le ménage du 15 juin 2020). Dès lors, même si l'intéressée peine à s'y adapter, cet élément nouveau n'est pas de nature à entraîner une aggravation de son invalidité. En conséquence, il faut constater que la Dre U._____ n'a pas fait état de nouvelles limitations dans l'exécution des tâches ménagères.

Avec son opposition au projet de décision, la recourante a encore joint un rapport établi le 8 octobre 2022 par la Dre T._____. Cette dernière faisait état d'une péjoration de l'état de santé psychique en s'appuyant sur le rapport de prise en charge aux urgences de l'E._____ du 17 mai 2021, également produit par la recourante. L'hospitalisation de mai 2021 n'est pas un élément nouveau. Elle avait déjà été signalée lors de la précédente procédure de révision et il avait été constaté à l'époque que les rechutes dépressives récurrentes faisaient partie des limitations fonctionnelles déterminées par le SMR, dont l'intimé avait tenu compte pour rendre sa décision d'octroi d'une demi-rente. Pour le surplus, la

médecin généraliste traitante n'a pas mentionné de péjoration significative des capacités de la recourante dans l'accomplissement des tâches ménagères en lien avec l'évolution de son état de santé psychique. De même, sur le plan physique, la Dre T. _____ a confirmé l'absence de changement depuis 2020. Il avait été relevé, à l'occasion de l'enquête ménagère du 15 juin 2020, que la plus grande partie des tâches ménagères étaient assumées par son mari, notamment l'aspirateur, les courses et une grande partie de la préparation des repas. Les pièces produites par la recourante pour contester le projet de décision de l'intimé du 8 août 2022 ne rendent ainsi pas non plus plausible une péjoration significative à cet égard.

d) En procédure de recours, outre la nouvelle pièce médicale du 17 novembre 2022 dont le contenu ne peut être pris en compte, la recourante a fait valoir que le taux de la part active aurait dû être fixé à 50 % compte tenu des activités accessoires exercées par la recourante avant la survenance de l'invalidité. Ce faisant, elle conteste un point définitivement tranché avec la décision du 6 octobre 2020, décision qui se fondait sur les conclusions de l'enquête ménagère du 15 juin 2020. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

La recourante a par ailleurs argué que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à 50 % à la majorité de son fils cadet, acquise en 2021. Cependant, comme déjà relevé, cet enfant était déjà âgé de 17 ans au moment de l'enquête ménagère et la recourante a confirmé à cette occasion qu'elle était satisfaite de son taux d'activité de 35 %, qui lui avait toujours procuré un revenu correspondant à ses besoins. Il s'agit donc manifestement d'un choix de vie, indépendant de l'âge de ses enfants. Par conséquent, l'accession de son fils à la majorité ne paraît pas constituer une modification significative des éléments à prendre en compte pour l'établissement de son statut de ménagère.

e) En définitive, il apparaît que la recourante n'a pas rendu plausible une modification durable de sa situation susceptible d'influer sur son droit à la rente.

6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision du 17 octobre 2022 confirmée.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision rendue le 17 octobre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de L._____.
- 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 :

- Me Yvan Henzer (pour L. _____),
- 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 :