

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Jomini et Mme Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Tiphany Chappuis,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. a) R._____, née en [...], travaillait depuis le 16 décembre 2002 en qualité de caissière à T._____ de [...]. Souffrant d'une instabilité rotulienne bilatérale depuis l'adolescence, l'assurée a présenté dès le 31 juillet 2003 des périodes d'incapacité de travail multiples à des taux variables allant de 25 % à 100 %, puis dès le 16 avril 2004 une totale incapacité de travail. Par courrier du 16 juin 2004, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 31 août 2004, un reclassement professionnel n'étant pas envisageable au sein de l'entreprise. L'intéressée a toutefois continué à percevoir des indemnités journalières de [...], assureur perte de gain de l'employeur.

Le 17 septembre 2004, elle a subi une opération du genou droit sous la forme d'une transposition de la tubérosité tibiale antérieure avec une surélévation du bord externe antérieur du condyle pratiquée par le Prof. V._____, médecin-chef à la Clinique [...]. Les suites opératoires ont été marquées par l'apparition d'adhérences entraînant une limitation de la flexion, ce qui a nécessité une mobilisation sous narcose le 28 octobre 2004.

b) R._____ a déposé en date du 16 décembre 2004 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à un reclassement dans une nouvelle profession en raison d'une dysplasie fémoro-patellaire aux deux genoux, ainsi que d'une chondropathie rotulienne de stade III (arthroscopie du genou droit en 2001, opération et mobilisation en 2004).

Dans un rapport médical du 21 avril 2005, le Dr H._____, spécialiste en médecine du sport et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de syndrome rotulien bilatéral opéré à droite en 2004 (le genou gauche sera opéré ultérieurement). Il a toutefois estimé que l'amyotrophie

importante du quadriceps et la protusion discale en S1 gauche n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de l'assurée. Il a en outre indiqué que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, mais qu'une activité adaptée, soit ménageant les genoux était envisageable, citant l'exemple de la profession d'esthéticienne.

Le 20 octobre 2005, l'assurée a subi pour son genou gauche la même intervention stabilisatrice que celle pratiquée à droite en 2004. Cette opération a été suivie d'une mobilisation sous narcose le 12 décembre 2005.

Dans un rapport médical du 26 avril 2006, le Prof. V. _____ a posé les diagnostics suivants :

"Status après abaissement de la trochlée de 4 mm, fixation par suture Panacryl 2 doublée, demi-Elmslie avec médialisation de la moitié de la tubérosité de 15 mm, distalisation de 3 mm, fixation par deux vis 3.5 en acier du genou gauche le 20.10.2005.

Status après mobilisation sous anesthésie du genou gauche le 12.12.2005.

Status après plastie d'abaissement de la trochlée selon Dejour/Jakob, médialisation de la moitié interne de la tubérosité tibiale, raffing du vaste interne et plastie d'allongement du retinaculum externe selon Slocum/Jakob, genou droit le 17.09.2004.

Status après mobilisation sous anesthésie genou droit le 28.10.2004".

Le Prof. V. _____ a relevé que si l'état s'améliorait pour le genou gauche, il s'aggravait pour le genou droit, raison pour laquelle une arthroscopie était envisagée afin d'enlever les fils et les vis. Le médecin précité ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de sa patiente, se limitant à indiquer qu'elle ne travaillait actuellement pas et qu'elle avait débuté un cours de secrétariat. Il a toutefois retenu que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, soit un travail assis sans surcharge des genoux.

Dans un rapport médical du 18 juillet 2006, le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a précisé qu'il avait finalement opéré l'assurée le 1^{er} juin 2006 en procédant à une arthrolyse du genou droit avec patellectomie partielle et synovectomie. L'évolution a été satisfaisante, l'assurée, présentant moins de douleurs, avait toutefois encore besoin de ses cannes. Un traitement régulier à sec et en piscine a été mis en place afin de renforcer son quadriceps et soulager la pression fémoro-patellaire. S'agissant de la thérapie et du pronostic, le Dr Z._____ a exposé ce qui suit :

"Compte tenu de l'état peropératoire du genou droit lors de la dernière intervention, il est à craindre que le genou gauche soit à peu près dans le même état. Ceci entraîne que cette patiente est en train de développer deux arthroses fémoro-patellaires secondaires invalidantes majeures qui ne pourront pas être récupérées de manière satisfaisante.

Cela implique qu'elle va garder des douleurs fémoro-patellaires très vraisemblablement qui, j'espère, seront quand même supportables dans la vie de tous les jours.

Cela implique que toute activité professionnelle en position debout, avec ou sans port de charges, est totalement exclue.

Il faut donc impérativement que cette patiente soit recyclée dans une activité appropriée en position semi-assise. Dans ce but, son idée de commencer une école de secrétariat médical me paraît tout à fait adaptée à son handicap".

Le 11 janvier 2007, l'assurée a subi une intervention du genou gauche sous la forme d'une arthrotomie para-patellaire externe pour ablation de toutes les adhérences et résection en grande partie d'un Hoffa cicatriciel, associée à une arthroscopie diagnostique et à des forages de Pridie de la trochlée au niveau des deux genoux.

Dans un rapport médical du 13 septembre 2007, le Dr Z._____ a exposé que la situation était acceptable, la patiente ayant retrouvé une capacité au niveau du genou gauche relativement correcte, alors qu'elle présentait parfois un lâchage du genou droit, la musculature n'ayant pas encore complètement récupéré. Il a ajouté que le pronostic

restait réservé au vu de la présence d'une arthrose fémoro-patellaire secondaire surtout du côté droit. Il a toutefois estimé qu'il était temps de discuter d'un reclassement professionnel, l'assurée n'étant plus à même de travailler debout toute la journée (comme dans la profession apprise d'esthéticienne), une activité essentiellement en position semi-assise, ne nécessitant pas de déplacements fréquents et de port de charge, devant être privilégiée (caissière, employée de bureau ou équivalent) dès octobre 2007. Il a précisé que sa patiente pourrait vraisemblablement exercer une telle activité à plein temps, tout en n'excluant pas une diminution de rendement. Toutefois, cela allait prendre du temps et nécessiter un reconditionnement, l'intéressée n'ayant plus travaillé depuis longtemps.

Dans un rapport initial du 13 décembre 2007, le Service de réadaptation de l'AI a exposé ce qui suit :

"Notre assurée possède une formation d'esthéticienne dans une école privée. Elle n'a toutefois jamais retrouvé de place de travail dans ce domaine d'activité. Elle s'est ensuite orientée vers le domaine de la vente, et a travaillé en dernier lieu comme dame de buffet, avant d'être licenciée pour des raisons de santé. Opérée à plusieurs reprises des deux genoux, Mlle R._____ doit envisager un travail essentiellement en position semi-assise, sans ports de charges, ni déplacements fréquents (cf. pt. 1.1). La profession d'esthéticienne est contre-indiquée. Quant à son métier de dame de buffet, elle ne peut plus l'exercer non plus, car elle implique la station debout, ainsi que des déplacements. Selon l'assurée, elle a fait un essai à la caisse uniquement, en position exclusivement assise, mais cela n'a pas fonctionné car elle ne pouvait plus se relever, ni même marcher. Dès lors, nous doutons de l'adéquation de cette activité avec son état de santé. Il serait, à notre sens, nécessaire d'évaluer cette question de manière plus approfondie.

Au préalable, Mlle R._____ nous a signalé une nouvelle aggravation de son état de santé. Il conviendrait dès lors d'envoyer un nouveau questionnaire médical au Dr Z._____, chirurgien orthopédiste, afin de savoir si l'état de santé de notre assurée est stabilisé depuis le dernier traitement orthopédique. Nous classons ce dossier dans l'attente du complément d'instruction médical sollicité".

Dans un rapport médical du 8 janvier 2008, le Dr Z._____ a fait état d'une situation médicale presque stabilisée avec des douleurs

fémoro-patellaires qui ne disparaîtront pas. Il a préconisé des mesures urgentes d'observation et de reconditionnement au travail. Il a toutefois refusé de répondre au questionnaire sur les capacités professionnelles, son rapport précédent ayant été mal interprété par l'AI, qui aurait conclu que sa patiente était sans autre apte à 100 %.

Par avis médical du 22 janvier 2008, le Dr L._____ du SMR a considéré qu'il était impératif de définir une exigibilité médicale, raison pour laquelle l'assurée devait être examinée par un médecin-orthopédiste du SMR.

Dans un rapport du 15 février 2008 faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 7 février 2008, le Dr F._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée de gonarthrose secondaire débutante bilatérale prédominante des compartiments fémoro-patellaires, de status après interventions chirurgicales pour cure d'instabilité rotulienne bilatérale, de lombosciatalgies irritatives à droite et de protrusion discale médiane et paramédiane gauche L5-S1. Le médecin précité a relevé que malgré tous les traitements conservateurs et chirurgicaux, l'assurée continuait à se plaindre d'importantes douleurs rotuliennes et développait une atrophie quadricipitale, ajoutant que la prise de poids conséquente depuis 2005 favorisait de façon importante la persistance des gonalgies. Durant l'examen, l'intéressée s'était montrée passive, sans entrain, assumant un rôle d'invalidé. Sur le plan de la capacité de travail exigible, le Dr F._____ a considéré que l'assurée ne pouvait plus exercer la profession d'esthéticienne, ni celle d'employée polyvalente à T._____ dès le 16 avril 2004. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète dès la date précitée, une période de reconditionnement étant toutefois nécessaire. Il a en outre précisé qu'après chaque intervention chirurgicale importante, un arrêt de travail à 100 % dans toute activité était justifié.

Dans un rapport médical du 26 février 2008, le Dr L._____ a décrit les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée, soit "un

travail sédentaire sans port de charges de plus de 5 kg, avec alternance libre des positions assise et debout; pas de porte-à-faux; pas d'accroupissement ni d'agenouillement; pas de marche, particulièrement en terrain accidenté; pas d'escaliers".

Dans un rapport final du 18 mars 2008, le Service de réadaptation de l'AI a procédé à une approche théorique de la capacité de gain de l'assurée, cette dernière ne s'estimant pas capable de travailler à plein temps au vu de son état de santé, malgré la proposition d'un stage de réentraînement.

c) En date du 11 août 2008, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Se fondant sur l'examen clinique du SMR, il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI a dès lors procédé à une évaluation théorique de sa capacité de gain. Sur la base d'un revenu mensuel de 3'893 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures) et d'un abattement de 15 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu annuel de 41'296 fr. 94. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 43'121 fr. démontrait que l'intéressée présentait un taux d'invalidité de 4.2 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a finalement séjourné du 30 septembre au 17 octobre 2008 à la Clinique J._____ à [...], pour une rééducation en accord avec l'assureur-maladie. Dans un rapport de synthèse du 28 octobre 2008, les Drs S._____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et en chirurgie orthopédique, et D._____, respectivement médecin adjoint et médecin-assistant au Service de réadaptation de l'appareil locomoteur, ont retenu les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Gonalgies bilatérales (M 25.56)
- Patella baja sévère à D (Caton : 0.43)
- Arthrose fémoropatellaire bilatérale stade IV à droite et stades II-III à gauche et fémorotibiale interne bilatérale (M 17.9)
- Arthroscopie de nettoyage au genou droit en 2000 (Z 98.8)
- Instabilité rotulienne bilatérale traitée par plastie de creusement de la trochlée et médialisation de l'appareil extenseur du genou droit en 2002 et du genou gauche en 2003 (M 22.0; Z 98.8)
- Mobilisation sous narcose du genou droit, puis du genou gauche en 2003, en raison d'un déficit de flexion (Z 98.8)
- Ablation d'une vis de fixation de la TTA et perforation selon Pridie à droite et à gauche en 2006 (Z.98.8)

CO-MORBIDITES

- Lombalgies chroniques depuis une année (M 54.5)
- Obésité (BMI : 33.5 kg/m²) (E 66.9)
- Allergie à la Pénicilline anamnestique (Z 88.0) (réaction cutanée)
- Intolérance à la Codéine (vomissements)
- Greffe nasopalatine en raison de surinfection d'un kyste en juillet 2008 (Z 98.8)".

Les médecins précités ont conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité exercée. Dans le cadre d'un consilium psychiatrique du 2 octobre 2008, le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de pathologie psychiatrique incapacitante. S'agissant de l'appréciation du cas, il a mentionné ce qui suit :

"Il s'agit d'une patiente de 26 ans présentant des problèmes de genoux depuis plusieurs années, opérée déjà à 7 reprises. Des lombalgies sont également présentes depuis une année.

Du point de vue psychique, on relèvera quelques signes orientant vers un trouble de personnalité (à traits juvéniles); il y a surtout un état de désinvestissement professionnel et relationnel, effectif depuis plusieurs années, chez une patiente vivant dans un contexte familial particulier, comme fille unique d'une mère souffrant d'une sclérose en plaques invalidante et d'un père décrit comme peu présent et désinvestissant le cadre familial.

La patiente a débuté un travail psychothérapeutique auprès d'une psychiatre à [...] (Dresse Q._____) qu'il est hautement souhaitable de poursuivre.

Dans le contexte du présent séjour, je propose la participation au groupe de relaxation ainsi que quelques entretiens auprès de l'une de nos psychologues cliniques,

entretiens centrés sur la gestion des gonalgies et de son vécu quotidien dans le contexte de la présente réadaptation, chez une patiente avec par ailleurs une relation particulière avec le monde médical, et opérée déjà à de nombreuses reprises".

Par avis médical du 29 janvier 2009, le Dr B. _____ du SMR a estimé que les observations de la Clinique J. _____ n'étaient pas de nature à modifier sa position.

d) Par décision du 4 février 2009, l'intimé a confirmé le projet de décision du 11 août 2008.

Cette décision est entrée en force.

B. a) En date du 12 octobre 2009, R. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport médical du 2 novembre 2009, la Dresse C. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a attesté une totale incapacité de travail, sa patiente souffrant autant de gonalgies que de lombalgies chroniques qui s'avéraient invalidantes dans son quotidien, un syndrome d'apnées du sommeil venant encore majorer les difficultés préexistantes. Elle présentait en outre une surcharge pondérale de 35 kg, alors que l'arthrose avait progressé jusqu'à un stade IV à droite entre 2003 et 2008. Pour justifier l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, la Dresse C. _____ a expliqué que la première demande concernait une réorientation professionnelle à une époque où l'assurée venait d'être opérée de son genou avec l'espoir de pouvoir se réinsérer rapidement dans une activité plus adaptée. Toutefois, au vu de l'évolution défavorable, sa patiente n'a plus pu travailler, a épuisé l'assurance perte de gain de son employeur et s'est trouvée dépendante des services sociaux.

Par avis médical du 8 janvier 2010, le Dr B. _____ a constaté que les diagnostics mentionnés par la Dresse C. _____ étaient connus lors de la décision du 4 février 2009.

b) En date du 3 mars 2010, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande, l'intéressée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Il a considéré qu'une autre appréciation d'un état de fait demeuré identique n'était pas envisageable.

Dans le cadre de sa contestation, R. _____ a produit un rapport médical du 12 mars 2010 de la Dresse C. _____ sollicitant une expertise médicale pluridisciplinaire, ainsi que des rapports des 13 janvier 2009, 23 juillet 2009 et 10 août 2009 du Prof. M. _____, chef du département de l'appareil locomoteur du [...].

Par avis médical du 27 août 2010, le Dr B. _____ a retenu ce qui suit :

"Les rapports du Prof. M. _____ font état d'une arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominant à droite, responsable de douleurs importantes au moindre mouvement, nécessitant l'emploi de cannes anglaises, et aggravées par l'obésité. Avec la prudence requise, le Prof. M. _____ suggère une arthroplastie totale malgré le jeune âge de l'assurée. Il ne se prononce pas sur la capacité de travail.

Cette atteinte a été parfaitement décrite par l'orthopédiste consultant du SMR lors de son examen du 7.2.2008, et il en a été tenu compte dans notre estimation de la capacité de travail.

La même remarque s'applique aux lombalgies signalées par le Prof. M. _____, comme par le Dr F. _____.

Enfin, l'aspect psychiatrique a été évalué lors de l'hospitalisation à la Clinique J. _____ où l'on a conclu à l'absence d'atteinte incapacitante.

Dans ces conditions, on peut dire que notre évaluation a pris en compte l'ensemble des pathologies de l'assurée. Une expertise pluridisciplinaire nous paraît à ce titre superflue. Il n'y a pas lieu de modifier notre position".

c) Par décision du 1^{er} septembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 mars 2010, et a donc refusé l'entrée en matière sur la nouvelle demande.

C. a) Par acte de son mandataire du 6 octobre 2010, R. _____ interjette recours contre la décision précitée. Elle conclut sous suite de frais et dépens à l'admission du recours, à la réforme de la décision du 1^{er} septembre 2010, en ce sens que l'intimé est tenu d'entrer en matière sur sa demande de prestations déposée le 12 octobre 2009, ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelles mesures d'instruction et nouvelle décision; subsidiairement elle conclut à l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision. La recourante fait valoir que les éléments qu'elle a avancés dans le cadre de l'instruction de sa demande du 12 octobre 2009, sont clairement de nature à rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé postérieure à février 2009 et estime que la décision est basée sur une instruction bâclée et incomplète, ce qui la rend fortement arbitraire. Elle se réfère ainsi au rapport du 12 mars 2010 de la Dresse C. _____ qui a fait état d'une augmentation des gonalgies en raison de la surcharge pondérale, ainsi qu'à celui du 10 août 2009 du Prof. M. _____, mentionnant des douleurs importantes et invalidantes centrées sur l'épine iliaque postéro-supérieure droite et irradiant dans le membre inférieur. La recourante estime que l'intimé aurait dû procéder à une instruction au vu des pièces produites, en interpellant le Prof. M. _____, les neurologues et ses psychiatres traitants pour des explications complémentaires détaillées et réactualisées. Elle se réserve la possibilité de déposer des pièces complémentaires.

b) Par courrier du 1^{er} décembre 2010, l'assurée a indiqué avoir tenté en vain de mettre en oeuvre une expertise privée.

c) Dans sa réponse du 25 novembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours sans formuler d'observation.

d) Dans sa réplique du 13 octobre 2011, la recourante a produit une attestation du 7 octobre 2011 de la Dresse G._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, qui a mentionné que sa patiente avait été opérée à fin 2010 d'un by-pass digestif (l'assurée pesant actuellement 81 kg au lieu de 110 kg auparavant). Suite à cette perte pondérale, la patiente a signalé une amélioration de sa mobilité articulaire, mais les douleurs du rachis lombaire et des genoux étaient inchangées. La Dresse G._____ a confirmé une totale incapacité dans l'activité habituelle, mais ne s'est pas prononcée quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique devait être mise en oeuvre.

e) Dans sa duplique du 25 octobre 2011, l'intimé a considéré que l'attestation de la Dresse G._____ n'était pas de nature à modifier sa position, dans la mesure où les pathologies évoquées étaient déjà connues et ne constituaient dès lors pas un fait nouveau.

f) Le 25 octobre 2011, l'intimé a rendu une décision de refus d'entrée en matière sur une nouvelle demande présentée le 13 octobre 2011 par R._____ et fondée sur le rapport du 7 octobre 2011 de la Dresse G._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé

dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. L'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, considérant que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits pour justifier un nouvel examen matériel de sa situation.

a) Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impuissance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87 al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre

2009, consid. 1.2). Ainsi, 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'entrée 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

b) Le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Il a précisé qu'en égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPGa) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence sont modifiées, 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008, consid. 2.3; TFA I 52/2003 du 16 janvier 2004, consid. 2.2 et I 67/2002 du 2 décembre 2002, consid. 4).

3. a) In casu, la décision de refus déterminante se fonde sur les conclusions d'un examen clinique du 7 février 2008 réalisé par le Dr F._____ à l'issue duquel le praticien précité n'a constaté aucune diminution de la capacité de travail dans une activité sédentaire. Les atteintes somatiques présentes chez l'assurée qui avaient une répercussion sur la capacité de travail (gonarthrose secondaire débutante bilatérale prédominante des compartiments fémoro-patellaires, status après interventions chirurgicales pour cure d'instabilité rotulienne bilatérale, lombosciatalgies irritatives à droite et protusion discale médiane et paramédiane gauche L5-S1) entraînaient les limitations suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg, avec alternance libre des positions assise et debout; pas de porte-à-faux; pas d'accroupissement ni d'agenouillement; pas de marche, particulièrement en terrain accidenté; pas d'escaliers. Le diagnostic d'obésité morbide avec BMI à 33 n'avait aucune conséquence sur l'aptitude à travailler.

b) A l'examen des nouvelles pièces produites, l'intimé a considéré à juste titre que la recourante n'avait pas établi de façon plausible une modification de son état de santé. Le rapport médical du Prof. M._____ est le compte-rendu d'un examen clinique de l'assurée du 9 janvier 2009. D'après ce médecin, aucun geste chirurgical conservateur n'est susceptible d'améliorer sa situation, de sorte qu'une arthroplastie totale des deux genoux devait être évoquée. Le Prof. M._____ a ajouté dans un rapport ultérieur du 10 août 2009 que l'examen clinique et radiologique ne montrait pas grand-chose, en tous les cas aucune atteinte neurologique massive. Il constatait en outre que les éléments relevés lors de l'IRM de la colonne lombaire et du bassin pratiquée le 23 juillet 2009 n'expliquaient absolument pas la symptomatologie décrite par l'assurée, qui était due, selon lui, à son poids excessif et à la pathologie du genou droit qui la faisait boiter. On doit convenir que ces considérations apportent un éclairage en ce qui concerne l'origine des douleurs de l'assurée, qui n'est toutefois pas réellement nouveau. Cette appréciation ne démontre pas en quoi l'état de santé de l'intéressée se serait objectivement aggravé depuis février 2009. On ne peut pas l'inférer du seul fait que le Prof. M._____

fait état de douleurs importantes et invalidantes centrées sur l'épine iliaque postéro-supérieure qui n'apparaissent pas dans le rapport du Dr F._____. Le Prof. M._____ ne relève en effet aucun élément en relation avec cette atteinte permettant d'établir une évolution de la situation clinique de l'assurée et/ou une modification des limitations décrites antérieurement ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. La même conclusion s'impose s'agissant des rapports des 2 novembre 2009 et 12 mars 2010 de la Dresse C._____ qui ne fait que confirmer la présence de gonalgies et de lombalgies, sans s'étendre davantage sur ce qui aurait changé au plan clinique et fonctionnel, faisant plutôt référence à la situation globale de sa patiente pour justifier la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire.

Au vu de ces éléments, la Cour de céans considère que les Drs M._____ et C._____ n'ont fait que procéder à une nouvelle appréciation des faits. Cela ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 RAI soient réunies (voir TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009, consid. 3.2.2). Au sujet du diagnostic d'obésité évoqué par les médecins précités, on peut s'en tenir à l'avis convaincant du Dr F._____, qui a estimé qu'il s'agissait d'une problématique sans répercussion sur la capacité de travail. S'agissant du diagnostic d'apnée du sommeil signalé par la Dresse C._____, il sied de constater qu'elle n'a pas exposé en quoi cette atteinte avait une influence déterminante sur la capacité de travail de sa patiente. Enfin, on ne saurait retenir une atteinte psychique invalidante du seul fait que l'assurée est suivie par la Dresse Q._____, faute d'un avis médical dûment étayé sur ce point. On rappellera que l'aspect psychiatrique avait déjà été évalué lors d'une hospitalisation en 2008 à la Clinique J._____ par le Dr N._____ et avait donc été prise en considération dans la décision initiale de refus de rente.

c) Quant au document médical déposé par l'assurée dans sa réplique (rapport du 7 octobre 2011 de la Dresse G._____), il ne peut être pris en considération dans la présente procédure dans la mesure où celle-ci porte uniquement sur le point de savoir si l'assurée avait rendu

plausible, devant l'OAI, une péjoration de son état de santé depuis la décision initiale de refus de rente. Pour le même motif, la demande d'expertise judiciaire présentée par la recourante et soutenue par la Dresse G._____ doit être rejetée.

4. a) Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de prestations AI déposée le 12 octobre 2009, dès lors que la recourante n'a pas rendu plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure propre à entraîner une modification de son degré d'invalidité tel que reconnu par la décision du 4 février 2009. Les mesures d'instruction complémentaires requises tendant respectivement à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire et à l'obtention de plus amples renseignements des médecins traitants de l'assurée doivent être rejetées et la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; 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 1^{er} septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Chappuis, avocate à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :