

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat au Service juridique d'Intégration handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 21 LAI; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assuré), née en 1948, a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 1999, en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques et caractériels (cf. décisions des 24 mars et 21 juillet 2003).

Le 16 mars 2005, l'assurée a fait l'objet d'une expertise rhumatologique réalisée par la Dresse Y. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 19 mai 2005, cette dernière a notamment observé que l'assurée ne pouvait plus travailler que 2 à 3 heures par jour à titre occupationnel, en raison de douleurs chroniques irréversibles (une pompe à morphine ayant été posée le 7 janvier 2005), d'un trouble dépressif récurrent, d'une suspicion de détérioration globale modérée, d'un status après spondylodèse postérieure L4-L5-S1 en février 2002, d'un status après acromioplastie et suture de la coiffe des rotateurs bilatérales en 2003, et d'un status après spondylodèse antérieure C4-C6 en mai 2003. Cela étant, l'intéressée s'est vu reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juin 2003 (cf. décision du 19 août 2005).

B. Le 15 juillet 2008, l'assurée a déposé une demande de moyen auxiliaire tendant à l'octroi d'un scooter électrique (devisé le 2 juin précédent à 6'899 fr. 30). Dans ce contexte, l'intéressée a précisé qu'elle souffrait depuis 2002 d'une colonne vertébrale déficiente (vertèbres déplacées), d'une polyarthrite aiguë, de fibromyalgie et de troubles de l'équilibre, et qu'elle possédait une canne depuis octobre 2007.

Par écrit du 16 juillet 2008, l'ergothérapeute P. _____, du Centre médico-social (ci-après : CMS) de [...], a appuyé la demande de l'intéressée, tout en soulignant que les tests effectués avaient démontré que cette dernière était apte à conduire un scooter électrique.

Sur requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), la Dresse G._____, spécialiste en neurochirurgie, a établi un rapport en date du 18 août 2008. Elle a rappelé les opérations subies par l'assurée en février 2002, mai 2003 et janvier 2005, et a mentionné, s'agissant des limitations fonctionnelles, que le port de charge était limité à 5kg au maximum, que le port de charge répété était limité à 10kg, que la position assise continue était limitée à 1h, que la position debout statique était limitée à 1h, que les changements de position fréquents étaient souhaitables, et que le porte-à-faux était à éviter de même que les rotations bassin/épaules. La Dresse G._____ a également transmis à l'OAI deux rapports médicaux concernant l'assurée. Le premier, établi le 27 février 2008 par le Dr T._____, spécialiste en neurologie, relevait en particulier que l'intéressée - qui indiquait notamment souffrir d'une polyarthrite - avait fait une chute sur la face le 17 novembre 2007, qu'elle marchait avec une canne depuis lors, et qu'elle présentait une aréflexie achilléenne aux membres inférieurs ainsi que quelques troubles de l'équilibre dont l'origine était difficile à préciser. Le second, rédigé le 28 février 2008 par le Dr B._____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie, corroborait pour l'essentiel les observations du Dr T._____.

Le 16 septembre 2008, la Dresse G._____ a indiqué à l'OAI que la demande de moyen auxiliaire en question avait été déposée à l'initiative de l'assurée avec le soutien de son ergothérapeute, mais que cette requête devrait probablement être annulée, dès lors que l'intéressée s'était fracturée la cheville. Le 24 novembre 2008, cette spécialiste a précisé que la demande était toujours d'actualité mais devrait être réévaluée, et que pour le moment, l'octroi d'un scooter électrique en faveur de sa patiente n'était pas médicalement justifié. Par écrit du 19 décembre 2008, la Dresse G._____ a communiqué à l'OAI que l'assurée avait subi une opération de la cheville droite le 27 [recte : 29] août 2008, que l'évolution suite à cette intervention s'était avérée positive, et qu'il n'y avait plus de contre-indication pour l'utilisation d'un scooter électrique. Elle a toutefois invité l'OAI à s'entretenir sur cette question avec le

chirurgien ayant pratiqué l'intervention, à savoir le Dr A._____, du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier D._____).

Interpellé par l'OAI, le Dr A._____ a précisé, dans un rapport du 13 février 2009 rédigé avec la collaboration du Dr J._____, médecin-chef de l'Unité de traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D._____, que l'assurée avait été opérée le 29 août 2008 en raison d'une fracture de la malléole externe droite et que cette intervention avait suivi une évolution favorable. Ainsi, lors de la dernière consultation en date du 10 décembre 2008, il avait été constaté que l'intéressée marchait en charge, que la flexion dorso-plantaire de la cheville droite était de 25-0-40, qu'il n'y avait aucun signe de laxité antéro-postérieure, et qu'il n'y avait pas de trouble neurovasculaire périphérique avec un contrôle radiologique tout à fait correct. Dans ce contexte et avec la pathologie de l'assurée à la cheville droite, il n'y avait *«aucune nécessité d'une demande AI»*.

Par projet de décision du 13 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de moyen auxiliaire, au motif que l'octroi d'un scooter électrique n'était pas médicalement justifié, attendu que l'intéressée marchait en charge depuis l'intervention subie en août 2008 - dont l'évolution semblait favorable - et que malgré quelques troubles de l'équilibre, elle était à même de se déplacer sans un scooter électrique.

Dans une correspondance adressée à l'OAI le 6 avril 2009, la Dresse G._____ a observé que l'état de santé de l'assurée justifiait l'obtention d'un scooter électrique.

Par écrit du 8 avril 2009, l'intéressée a communiqué à l'office qu'elle allait subir une nouvelle opération du dos le 21 avril 2009. A cette occasion, elle a également produit un compte-rendu établi le 11 mars 2008 par le Dr N._____, spécialiste en médecin interne, se référant notamment aux diverses interventions pratiquées depuis 2001 et énonçant entre autres les diagnostics de pemphigoïde bulleuse traitée par

le Dr W._____, dermatologue au Centre hospitalier D._____, de «*PR séronégative, polyarthrose*» et d'hypertrophie concentrique ventriculaire gauche.

Le 25 mai 2009, la Dresse G._____ a précisé que le périmètre de marche de l'assurée était de 50 mètres et que 20 mètres supplémentaires pourraient éventuellement être gagnés par une physiothérapie ou une participation active de la part de l'intéressée.

Par avis médical non daté, indexé le 29 mai 2009, le Dr V._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préavisé négativement la requête de moyen auxiliaire de l'assurée, exposant qu'au vu des informations obtenues auprès des Drs A._____ et G._____, la remise d'un scooter reviendrait à abandonner toute amélioration possible de la marche et des capacités de déplacement de l'intéressée.

Par décision du 29 mai 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet de décision du 13 mars précédent. Cette décision est entrée en force.

C. En date du 6 novembre 2009, le Dr R._____, médecin-chef à la Clinique K._____, a écrit à l'OAI que la demande de scooter électrique précédemment présentée par l'assurée était, à son avis, toujours d'actualité. Il a relevé que l'intéressée souffrait de nombreuses pathologies invalidantes, dont une bronchopneumopathie et un syndrome d'apnées du sommeil provoquant un essoufflement au moindre effort et l'empêchant de porter quelque charge que ce soit. Il a ajouté que pour faire ses courses, l'assurée avait besoin d'un moyen auxiliaire adéquat, tel un scooter électrique. Il a précisé que cette dernière était suivie par le Dr F._____, pneumologue, ainsi que par le Dr L._____, oto-rhino-laryngologue, qu'elle consultait par ailleurs le Dr [...] [recte : W._____] pour une maladie dermatologique d'origine auto-immune, et qu'elle était également prise en charge par le service de rhumatologie du Centre hospitalier D._____ pour une polyarthrite séronégative. Il a ajouté qu'il y

avait lieu pour le surplus d'en référer au Dr F._____, lequel venait d'adresser l'intéressée à l'Hôpital de [...] concernant ses problèmes d'apnées du sommeil et l'appareillage y relatif.

Par avis médical SMR du 27 novembre 2009, le Dr V._____ a préconisé le refus du moyen auxiliaire sollicité. Il a exposé que le syndrome d'apnée du sommeil de l'assurée ne pouvait en aucun cas justifier de la nécessité d'un scooter électrique, et que dans la mesure où le Dr R._____ avait précisé que l'intéressée allait être traitée et appareillée, la fatigue diurne était par conséquent appelée à s'estomper. Il a rappelé que le «*médecin orthopédiste*» de l'assurée avait estimé que cette dernière avait un périmètre suffisant pour ses besoins et que l'exercice ne pourrait que permettre des améliorations. Il a considéré que la pratique du scooter semblait particulièrement dangereuse dans le cas particulier, attendu que l'intéressée présentait une spondylodèse C4-C5 et L4-L5-S1 limitant la mobilité de son rachis, qu'il en allait de même s'agissant d'éventuelles séquelles de ses acromioplasties, et que la polyarthrite séronégative avait également des effets sur certaines articulations et capacités de certains gestes fins. Le Dr V._____ a ajouté qu'un fauteuil roulant serait adapté pour le cas où le périmètre de marche viendrait à se dégrader, mais que cette question n'était pour le moment pas d'actualité.

Estimant que l'écriture du Dr R._____ n'apportait aucun élément susceptible de modifier son appréciation, l'OAI a fait savoir à l'assurée, le 1^{er} décembre 2009, que la décision négative du 29 mai 2009, entre-temps entrée en force, était maintenue. Il lui a indiqué la possibilité de solliciter, par retour de courrier, le prononcé d'une décision sujette à recours.

Par acte du 19 janvier 2010 contresigné par l'assurée, le CMS, sous la plume de l'ergothérapeute P._____, a demandé à l'OAI de mandater la Fédération suisse de consultation en moyens auxiliaires pour personnes handicapées et âgées (ci-après : FSCMA), afin qu'il soit procédé

à une expertise visant à déterminer la nécessité de l'octroi d'un scooter électrique en faveur de l'intéressée.

Par décision du 10 mars 2010 confirmant un projet de décision du 28 janvier précédent, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande d'octroi d'un scooter électrique. L'office a tout d'abord rappelé qu'aux termes de sa précédente décision du 29 mai 2009, il avait retenu que la remise d'un scooter électrique n'était pas médicalement justifiée et que l'octroi de ce moyen auxiliaire aurait signifié l'abandon de toute amélioration possible de la marche et des capacités de déplacement. Considérant que le courrier du Dr R._____ du 6 novembre 2009 n'apportait aucun élément susceptible de le faire revenir sur sa position, ainsi qu'il en avait informé l'assurée par écrit du 1^{er} décembre 2009, l'OAI a dès lors renvoyé cette dernière à son prononcé du 29 mai 2009, dont l'argumentation demeurait valable.

Dans le cadre de son recours interjeté le 22 avril 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, l'assurée a produit deux certificats médicaux. Il ressortait du premier, rédigé le 13 avril 2010 par le Dr F._____, que l'intéressée était suivie pour des pathologies pneumologiques depuis le 13 novembre 2008 et qu'elle avait de grandes difficultés à porter des charges tout en se déplaçant simultanément, de tels efforts engendrant une dyspnée importante. Selon le second certificat, établi le 21 avril 2010 par le Dr Z._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement de la douleur, l'assurée souffre d'une affection contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg sur une distance supérieure à 50 mètres, de sorte qu'un scooter adapté serait une aide absolument nécessaire.

Par arrêt du 31 janvier 2011 (AI 160/10 - 60/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a considéré que la procédure menée par l'OAI était viciée, dans la mesure où ce dernier avait statué sans avoir imparti à l'assurée un délai raisonnable pour produire ses moyens de preuve et sans l'avoir avertie qu'à défaut il ne serait pas entré en matière sur sa nouvelle demande. Pour ce motif, la Cour a admis le

recours introduit par l'intéressée, annulé la décision du 10 mars 2010 et renvoyé l'affaire à l'OAI pour que celui-ci en reprenne l'examen en se conformant aux règles de procédures en vigueur.

Aucun recours n'ayant été déposé contre ce jugement, il est entré en force.

D. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI s'est adressé à la Dresse T._____, médecin praticien auprès de la Clinique K._____. Dans un compte-rendu du 24 mai 2011, ce médecin a retenu les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde, bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO] stade II, insuffisance cardiaque, et status post plusieurs interventions chirurgicales de la colonne cervicale et lombaire, avec actuellement une récurrence d'une hernie discale cervicale sévère devant être opérée à la mi-juin par le Prof. C._____, du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier D._____. Dans une annexe à son rapport, la Dresse H._____ a également fait état de ce qui suit :

"Madame Q._____ est une patiente présentant de multiples comorbidités en particulier des atteintes sévères sur le plan locomoteur et sur le plan pulmonaire. En effet, cette patiente a déjà été opérée à plusieurs reprises de la colonne cervicale ainsi qu'à plusieurs reprises sur la colonne lombaire et elle est porteuse d'une pompe Fentanyl intrathécale. Une intervention chirurgicale pour récurrence d'hernie discale cervicale va être envisagée dans les prochains jours. Elle souffre par ailleurs d'une cervicarthrose et uncarthrose étagées de C3 à C7 sév[é]rissime et présente un status post-spondylodèse antérieure C4-C5-C6. Madame Q._____ est atteinte également d'une polyarthrite rhumatoïde et d'une BPCO de stade II selon Gold associée à une insuffisance cardiaque.

Au vu de ces différentes comorbidités, je pense qu'une aide en déplacement mobile par un scooter me semble plus que justifié[e] et va s'avérer très prochainement nécessaire pour que cette patiente puisse garder une certaine forme d'autonomie. "

Joint au rapport précité, figuraient en outre les documents suivants :

- un rapport de myélographie cervicale ascendante du 4 mars 2011 rédigé par le Dr E._____, radiologue, observant que les clichés

myélographiques suggéraient des oblitérations bilatérales et pluri-étagées des gaines radiculaires au niveau cervical;

- un rapport de myélo-CT cervical et lombaire du même jour, aux termes duquel le Dr E._____ concluait à une uncarthrose cervicale bilatérale marquée avec sténoses pluriétagées et bilatérales de trous de conjugaison;

- un rapport du 15 avril 2011 du Dr S._____, rhumatologue, observant en substance que l'assurée souffrait de douleurs de l'épaule gauche en aggravation subaiguë dans le contexte d'une poussée de périarthrite scapulo-humérale gauche, et que les douleurs cervicales étaient également en recrudescence.

Dans un écrit du 1^{er} juin 2011 contresigné par l'assurée, l'ergothérapeute P._____ a invité l'OAI à mandater la FSCMA afin de déterminer le droit de l'intéressée à un scooter électrique.

Par courrier du 1^{er} septembre 2011 contresigné par l'assurée, l'ergothérapeute P._____ a transmis à l'OAI un devis obtenu le 29 août 2011 auprès de l'entreprise O._____ SA pour un scooter électrique [...] à hauteur de 6'153 fr. 85, ainsi qu'un fax du 31 août 2011 que la prénommée avait adressé à la FSCMA aux fins de savoir si celle-ci disposait d'un tel matériel en stock en vue de pouvoir réaliser des essais à domicile.

En date du 7 octobre 2011, la Dresse H._____ a précisé que l'assuré était en mesure de conduire un fauteuil roulant manuel, et que la dernière intervention chirurgicale - à savoir une opération des cervicales avec spondylodèse et décompression, réalisée par le Prof. C._____ - s'était bien déroulée.

Le 20 octobre 2011, la FSCMA a transmis à l'OAI un rapport de consultation exposant que l'assurée ne disposait pas d'une autonomie suffisante pour se déplacer en ville de [...] de façon autonome et qu'elle

avait besoin d'un moyen auxiliaire mû électriquement afin d'atteindre les magasins et faire ses commissions, pour aller chez le coiffeur, chez le médecin et créer des contacts avec l'extérieur. Il était également précisé qu'après visite à domicile et essais de plusieurs moyens auxiliaires mus électriquement, l'assurée avait opté pour un scooter de type [...] - engin qui était présent au dépôt AI et parfaitement adapté dans cette situation. Joint à ce rapport figuraient :

- un questionnaire intitulé «*Indications médicales pour la remise d'un fauteuil roulant*», du 20 septembre 2011, aux termes duquel la Dresse H._____ préconisait l'octroi d'un scooter au titre de mesure individuelle pour cas lourd et en raison d'une aptitude à la marche restreinte, après de multiples interventions au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire;

- un formulaire de «*[r]emise d'un moyen auxiliaire par un dépôt AI*» du 20 septembre 2011, dont il ressortait que la FSCMA avait le jour même mis à disposition de l'assurée un scooter [...].

Aux termes d'un avis juriste de l'OAI du 16 décembre 2011, il était relevé qu'un scooter avait déjà été remis à l'assurée alors même qu'il aurait fallu préalablement demander l'avis du SMR, et qu'il était urgent de mandater ce service afin qu'il prenne connaissance des nouvelles pièces médicales et détermine si l'état de santé de l'intéressée s'était aggravé depuis la décision de refus du 29 mai 2009.

Par avis médical du 22 décembre 2011, les Drs M._____ et X._____, du SMR, ont relevé les points suivants :

"Pour mémoire, Madame Q._____ présente plusieurs pathologies : PR séronégative, plusieurs interventions (épaules, rachis cervical et lombaire), syndrome d'apnées du sommeil appareillé, BPCO stade II, status post-fracture de la cheville droite en 2008.

Elle a subi une nouvelle intervention sur sa colonne cervicale récemment qui s'est bien déroulée (spondylodèse e[t] décompression, Dr C._____, neurochirurgien).

Depuis mai 2009, on ne peut pas parler d'aggravation de l'état de santé, les pathologies étant identiques, plus ou moins stabilisées, sans nouvelle atteinte.

De plus, on confirme que le scooter électrique n'est pas une solution idéale dans son cas, plutôt même à déconseiller, en raison des multiples problèmes orthopédiques, rhumatologiques, sans compter les apnées du sommeil qui peuvent entraîner, si elles ne sont pas correctement prises en charge, une somnolence diurne. De plus, utilisation d'une pompe à morphine. La conduite d'un tel engin peut donc s'avérer dans ce cas dangereux.

Un fauteuil roulant, manuel ou électrique, nous semblerait plus approprié et moins risqué."

En date du 24 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, considérant qu'il n'avait pas été rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 29 mai 2009. En effet, après analyse médicale du dossier de l'intéressée, il apparaissait que depuis le mois de mai 2009, cette dernière ne présentait pas d'aggravation de son état de santé, les pathologies étant identiques, sans nouvelle atteinte. L'assurée était invitée à se déterminer dans un délai de 30 jours.

Par courrier du 29 mai 2012, l'intéressée, sous la plume de son conseil, a exposé qu'elle se trouvait dans l'attente d'un «*éventuel rapport de médecin*» et a requis une prolongation de délai de 30 jours supplémentaires.

Le 4 juin 2012, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 24 avril précédent.

E. **a)** Agissant par l'entremise de son conseil, l'assurée a recouru le 3 juillet 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'un scooter électrique. En substance, se référant à des rapports des 4 et 19 juin 2012 établis par la Dresse H._____, la recourante allègue qu'elle a dû subir une opération le 13 septembre 2011 à la suite d'une nouvelle complication sur le plan locomoteur et fait valoir que son périmètre de marche est désormais limité à de très courts trajets, ce qui

est insuffisant pour se déplacer, établir des contacts avec son entourage ou développer son autonomie personnelle. Elle ajoute que tant la Dresse H._____ que la FSCMA ont confirmé que l'octroi d'un scooter électrique était justifié dans le cas particulier, et conteste en revanche la position du SMR selon laquelle il serait dangereux de lui confier un tel moyen de transport, soulignant à cet égard qu'un scooter électrique a d'ores et déjà été mis à sa disposition et qu'aucun incident n'est à déplorer à ce jour.

A l'appui de ses dires, la recourante produit les deux rapports précités de la Dresse H._____. Dans le premier, du 4 juin 2012, ce médecin reprend pour l'essentiel ses précédentes observations, tout en rappelant avoir fait état le 24 mai 2011 d'une nouvelle complication sur le plan locomoteur, laquelle a nécessité le 13 septembre 2011 un complément de discectomie avec ablation de la cage intracorporelle C4 et C5 et mise en place d'une cage Prevail. Aux termes du second rapport, du 19 juin 2012, la Dresse H._____ explique notamment que l'assurée a été réopérée une nouvelle fois de la colonne vertébrale dans le courant de l'année 2011 en raison d'une faiblesse importante dans les membres supérieurs, avec également et surtout des douleurs extrêmement invalidantes, et qu'elle se déplace actuellement à l'aide d'une canne et ne peut effectuer que de très courts trajets eu égard, d'une part, aux multiples douleurs de la colonne cervicale, dorsale et lombaire qu'elle a quotidiennement et qui nécessitent des médicaments antalgiques importants, et, d'autre part, au fait qu'elle porte une pompe à Fentanyl implantée; la Dresse H._____ relève de surcroît la présence d'une bronchopneumopathie chronique obstructive sévère qui limite également les déplacements de l'assurée pour des raisons respiratoires.

b) Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI en a proposé le rejet par réponse du 10 septembre 2012. Il considère en substance que les rapports des Drs H._____, S._____ et E._____ - datés respectivement des 24 mai, 15 avril et 4 mars 2011 - ne sont pas suffisants pour rendre plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée, attendu qu'ils font état de pathologies identiques à celles documentées lors du rejet de la première demande de prestation en date

du 29 mai 2009; il renvoie sur ce point à l'avis médical SMR du 22 décembre 2011. L'intimé estime par ailleurs que les rapports médicaux déposés avec le recours du 3 juillet 2012 n'ont pas à être pris en compte dans le cadre du présent litige concernant un refus d'enter en matière sur une nouvelle demande de prestation.

c) Dans sa réplique du 10 octobre 2012, la recourante maintient ses précédents motifs et conclusions, considérant en particulier avoir rendu vraisemblable une modification de l'état de fait propre à influencer le droit à la prestation.

d) Une audience d'instruction a été tenue le 20 novembre 2012, au cours de laquelle les parties ont été entendues dans leurs explications.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 al. 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 devant le 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, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. **a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, l'objet du litige, défini par la décision attaquée du 4 juin 2012, consiste en un refus d'entrer en matière. L'OAI considère, en effet, que l'assurée n'a pas rendu vraisemblable une modification essentielle des conditions de fait depuis la dernière décision entrée en force du 29 mai 2009. Dès lors, et quand bien même les conclusions en réforme de la recourante tendent à l'octroi d'une scooter électrique, la seule question litigieuse est celle de savoir si l'assurée rend vraisemblable que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Tout autre grief ou conclusion qui sort du cadre précité doit en conséquence être déclaré irrecevable.

3. La Cour de céans, tenue d'agir selon la maxime d'office (cf. art. 89 LPA-VD), constate que l'OAI a statué le 4 juin 2012 sans avoir donné suite à la demande de l'assurée du 29 mai 2012 tendant à la prolongation du délai initialement imparti pour se déterminer sur le projet de décision du 24 avril 2012, de sorte que l'intéressée n'a en définitive pas pu prendre position sur le préavis de l'office. La question de savoir si, ce faisant, l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante – vice formel qui, le cas échéant, entraînerait l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'autorité inférieure – peut cependant demeurer indécise en

l'occurrence, dès lors que le recours doit de toute manière être admis sur le fond pour les motifs qui seront exposés ci-après (cf. consid. 6 infra).

4. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (cf. ATF 136 V 24 consid. 4.3; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATF 127 V 466 consid. 1); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b; cf. TF 8C_107/2009 du 18 janvier 2010). En l'espèce, conformément à ces principes généraux de droit transitoire, il y a lieu d'examiner le droit aux prestations à l'aune des dispositions légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'état de fait juridiquement déterminant s'étant réalisé avant l'entrée en vigueur du premier volet de la 6^{ème} révision de la LAI au 1^{er} janvier 2012 (cf. dans ce sens : TF 9C_1018/2010 du 12 mai 2011).

5. Les dispositions relatives à la révision des rentes d'invalidité s'appliquent par analogie à la révision des décisions concernant les moyens auxiliaires (cf. ATF 135 I 161 consid. 4.2 et ATF 113 V 22 consid. 3b; cf. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 2^{ème} édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 39 ad art. 17 LPGa, p. 239; cf. Jean-Louis Duc, L'assurance-invalidité, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Ulrich Meyer [éd.], 2^{ème} édition, Bâle/Genève/Munich 2007, n° 172 p. 1460). Il y a également lieu de se référer à un tel raisonnement analogique en cas de nouvelle demande d'un moyen auxiliaire après une décision de refus de prestation entrée en force (cf. dans ce sens ATF 113 V 22 consid. 3b qui renvoie à l'art. 87 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 [cf. consid. 4 supra], actuellement cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI), 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'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de 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. À 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. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (TFA I 67/02 du 2 décembre 2003 consid. 2; I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.1). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine).

b) Selon la jurisprudence fédérale, le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut 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 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. 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 (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel 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 (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'OAI n'étant pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'entremise du Dr R. _____ le 6 novembre 2009 puis du CMS le 19 janvier 2010, il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de moyen auxiliaire entrée en force du 29 mai 2009 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le droit à la prestation s'est produit. Il convient exclusivement de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de novembre 2009, respectivement janvier 2010, a établi de façon plausible que la situation s'était modifiée depuis le précédent refus de prestation.

a) On relèvera à titre préalable que les comptes-rendus de la Dresse H._____ des 4 et 19 juin 2012 n'ont pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ces documents n'ont été portés à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 5b supra). En effet, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'OAI, une modification significative de sa situation depuis la décision initiale de refus de moyen auxiliaire.

b) C'est notamment par le biais du compte-rendu du Dr R._____ du 6 novembre 2009 que l'OAI a été saisi d'une nouvelle demande visant à l'octroi d'un scooter électrique en faveur de l'assurée. Dans son rapport, ce médecin a confirmé la nécessité d'un tel moyen auxiliaire et s'est pour le surplus référé à divers diagnostics (bronchopneumopathie, syndrome d'apnée du sommeil, polyarthrite rhumatoïde, et maladie dermatologique d'origine auto-immune) ainsi qu'aux suivis médicaux en cours, précisant en particulier que l'intéressée allait prochainement être traitée et appareillée pour ses problèmes d'apnée du sommeil. D'une part, il y a lieu de relever le caractère laconique de l'écrit du Dr R._____, ce dernier ayant énoncé diverses pathologies - dont certaines n'avaient certes jusqu'alors pas été mentionnées (à savoir la bronchopneumopathie et le syndrome d'apnée du sommeil, contrairement à l'atteinte dermatologique citée par le Dr N._____ [cf. rapport du 11 mars 2008] et à la polyarthrite déjà évoquée par les Drs T._____ [cf. rapport du 27 février 2008 p. 1] et N._____ [cf. rapport du 11 mars 2008]) - mais en se gardant toutefois d'expliquer concrètement en quoi la situation s'était modifiée au plan clinique et fonctionnel depuis la date déterminante de la décision litigieuse rendue six mois plus tôt, le 29 mai 2009. Or, le simple fait d'énumérer des diagnostics sans fournir la moindre indication quant au moment de leur survenance ou à leur évolution au cours de la période analysée ne permet pas de conclure à une modification plausible de la situation depuis la décision initiale de refus de prestation. D'autre part, pour ce qui est du syndrome d'apnée du sommeil mentionné par ce médecin, il faut rappeler que, par

avis médical SMR du 27 novembre 2009, le Dr V._____ a exposé que dans la mesure où l'intéressée allait être traitée et appareillée, la fatigue diurne entraînée par cette atteinte était appelée à s'estomper. Au vu de ces éléments, il apparaît que le rapport du Dr R._____ du 6 novembre 2009 s'avère insuffisant pour justifier à lui seul qu'il soit entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante.

c) Le même constat s'impose pour ce qui est des avis médicaux des Drs F._____ et Z._____, datés respectivement des 13 et 21 avril 2010 et produits à la suite de la décision de non entrée en matière du 10 mars 2010, annulée par la Cour de céans le 31 janvier 2011. Ces médecins se sont effet contentés de signaler les difficultés rencontrées par l'assurée pour se déplacer en portant des charges, que ce soit en raison de troubles pneumologiques suivis depuis novembre 2008 (cf. rapport du Dr F._____ du 13 avril 2010) ou à cause d'une affection indéterminée (cf. rapport du Dr Z._____ du 21 avril 2010), mais ils n'ont néanmoins nullement laisser à entendre que les difficultés en question seraient dues à une évolution des troubles de la recourante depuis la décision initiale de refus de prestation.

d) Il convient en revanche d'opérer une distinction en ce qui concerne les informations fournies par la Dresse H._____.

D'un côté, on constate que dans son rapport du 24 mai 2011, cette praticienne a mentionné des atteintes déjà évoquées au cours des procédures antérieures - s'agissant de la polyarthrite (cf. rapports des Drs T._____ [du 27 février 2008 p. 1] et N._____ [du 11 mars 2008]) et des différents status en lien avec les interventions chirurgicales pratiquées jusqu'alors au niveau de la colonne cervicale et lombaire (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y._____ du 19 mai 2005 p. 2; cf. rapport du Dr N._____ du 11 mars 2008; cf. rapport de la Dresse G._____ du 18 août 2008) - et qu'elle s'est en outre contentée de signaler une BPCO de stade II et une insuffisance cardiaque sans expliquer concrètement en quoi ces pathologies étaient constitutives d'une évolution significative depuis la décision du 29 mai 2009, étant par ailleurs souligné que l'instruction

menée précédemment avait déjà révélé que la recourante présentait des troubles cardiaques, singulièrement une tachycardie (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y._____ du 19 mai 2005 p. 12) et une hypertrophie concentrique ventriculaire gauche (cf. rapport du Dr N._____ du 11 mars 2008). En tant que tels, les éléments susmentionnés ne sont donc pas révélateurs d'un changement important depuis la décision initiale de refus de prestation.

D'un autre côté, dans ce même rapport du 24 mai 2011, la Dresse H._____ a signalé que l'assurée présentait une uncarthrose étagée de C3 à C7 (détectée par le Dr E._____ dans son rapport de myélo-CT cervical et lombaire du 4 mars 2011), alors qu'auparavant ce trouble n'était connu qu'au niveau de C4 à C6 (cf. rapport d'expertise de la Dresse Y._____ du 19 mai 2005 p. 11; cf. rapport de la Dresse G._____ du 18 août 2008 p. 1), ce qui plaide en faveur d'une évolution des troubles de l'assurée. Bien plus, la Dresse H._____ a indiqué qu'une intervention chirurgicale allait prochainement être réalisée pour une récurrence de hernie discale cervicale. Il est vrai que selon les informations fournies par cette même praticienne le 7 octobre 2011, cette intervention se serait bien déroulée. Il n'en demeure pas moins que l'on ignore tout de l'impact concret de l'opération en cause. En l'état du dossier, on ne peut en particulier exclure que cette intervention ait eu des conséquences sur la mobilité de l'assurée, singulièrement sur son aptitude à la marche et/ou au port de charges, paramètres dont il conviendrait de tenir compte pour l'octroi d'un scooter électrique. Sous cet angle, une modification significative de la situation par rapport à celle prévalant au 29 mai 2009 paraît donc plausible.

A cela s'ajoute qu'à l'appui de son compte-rendu du 24 mai 2011, la Dresse H._____ a notamment annexé un rapport établi le 15 avril 2011 par le Dr S._____, faisant état non seulement d'une recrudescence des douleurs cervicales, mais aussi de douleurs de l'épaule gauche en aggravation subaiguë dans le contexte d'une poussée de périarthrite scapulo-humérale gauche. Ce médecin a en particulier relevé que les douleurs scapulaires étaient «*permanentes [et] accentuées par*

tous les mouvements sollicitant le [membre supérieur gauche] avec limitation et par conséquent des difficultés dans les activités quotidiennes de la vie» (cf. rapport du Dr S._____ du 15 avril 2011 p. 2). Or, l'existence d'une symptomatologie affectant l'épaule gauche de l'assurée pourrait de toute évidence influencer sa capacité à se déplacer le cas échéant avec des cannes (étant précisé qu'elle en possède une depuis le mois d'octobre 2007, cf. demande de moyen auxiliaire du 15 juillet 2008 ch. 4.6) ainsi qu'à porter des charges - ces éléments étant susceptibles de revêtir une certaine importance pour l'octroi d'un scooter électrique. Il convient donc de considérer, sur ce point également, qu'un changement notable des circonstances depuis la décision du 29 mai 2009 s'avère plausible.

e) Cela étant, on ne peut que s'écarter de l'avis médical SMR du 22 décembre 2011, aux termes duquel les Drs M._____ et X._____ ont exclu toute aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2009, les pathologie étant identiques, plus ou moins stabilisées et sans nouvelle atteinte. Ces médecins se sont en effet contentés d'affirmer péremptoirement leur position, sans aucune réelle motivation en particulier quant aux nouveaux troubles cervicaux et de l'épaule gauche signalés par les Drs H._____ et S._____ dans leurs rapports respectifs des 24 mai et 15 avril 2011. Du reste, l'avis des Drs M._____ et X._____ est d'autant plus sujet à caution que ces derniers se sont prononcés sur des problèmes de fond (à savoir le bien-fondé de la remise du moyen auxiliaire sollicité) alors même qu'ils n'étaient sollicités que pour déterminer s'il y avait lieu ou pas d'entrer en matière.

f) Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort que, par décision du 4 juin 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée visant à l'octroi d'un scooter électrique.

7. Par surabondance, on peut s'étonner de l'attitude incohérente adoptée par l'OAI dans le cadre de la présente affaire. Cet office a en effet appris en octobre 2011 que l'assurée s'était vu prêter un scooter électrique par la FSCMA (cf. communication de cette institution du 20

octobre 2011). Il en a ensuite pris acte dans un avis juriste du 16 décembre 2011. Toutefois, loin de demander la restitution du scooter électrique en question à titre de mesure provisionnelle, l'OAI s'est contenté de laisser l'intéressée en faire usage, situation qui perdure à l'heure actuelle depuis plus d'un an. Or, un tel comportement pourrait à n'en pas douter s'avérer problématique sous l'angle de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.). Ce point ne faisant toutefois pas l'objet de la présente procédure, il n'y a pas lieu de se pencher davantage sur le sujet.

8. a) En définitive, le recours doit être admis dans la mesure où il est recevable, et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). L'OAI succombant, des frais judiciaires à hauteur de 400 francs sont mis à sa charge

La recourante, qui a obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 2'000 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 3 juillet 2012 par Q._____ est admis dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision rendue le 4 juin 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ des dépens à hauteur de 2'000 fr. (deux mille francs).

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
- 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 :