

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juin 2016

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me David Métille,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante française née en [...], en Suisse depuis 2002, a notamment œuvré comme aide infirmière pour [...] dès janvier 2008. Le 31 juillet 2008, l'assurée a été victime, sur son lieu de travail, d'une distorsion du genou droit en aidant un résident à se lever. Une incapacité de travail totale à compter du 20 août 2008 s'en est suivie.

Le 6 mai 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a interpellé le Dr C.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), lequel a posé, dans un rapport du 2 juin 2009, le diagnostic de status après plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Ce médecin fixait l'incapacité de travail de l'assurée à 100% dans son activité habituelle depuis le 29 janvier 2009, date du début de son hospitalisation. Etais jointe à ce rapport une liste des limitations fonctionnelles de l'intéressée, à savoir : pas d'activité uniquement en position debout, pas d'activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, pas d'agenouillement, pas de soulèvement ou port de charges, pas de travail sur échelle ou sur échafaudage.

Le 5 juin 2009, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué une rupture du ligament croisé antérieur du genou droit, opérée par plastie le 29 janvier 2009. Il attestait une incapacité de travail de 100% dès le 20 août 2008 dans la profession habituelle.

Le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu, le 3 juillet 2009, le

diagnostic de status après rupture et plastie du ligament croisé antérieur du genou droit. Il précisait qu'il n'était pas exclu que l'assurée ait développé un syndrome algo-neuro-dystrophique frustré en période post-opératoire, ce qui expliquerait la relative lente amélioration, avec une mobilité du genou pas encore totalement retrouvée, de même que la symptomatologie douloureuse atypique. Selon ce médecin, le tableau clinique n'était toutefois pas mauvais et une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée à 50% dans les quatre à six semaines.

L'assurée a été examinée par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), le 10 septembre 2009. Ce médecin a posé, dans son rapport daté du même jour, les diagnostics d'entorse ligamentaire au genou droit ayant comporté essentiellement une déchirure du ligament croisé antérieur, d'état après plastie avec bon résultat et d'insuffisance thyroïdienne substituée à titre de comorbidité. Selon lui, il n'existait pas d'obstacle à une reprise immédiate de la profession habituelle, à 50% et sans aménagement aucun, une reprise complète pouvant être exigée environ six semaines plus tard. Il concluait en précisant qu'aucun élément ne semblait justifier une réorientation professionnelle, ni un droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 17 septembre 2009, alors qu'elle venait de reprendre le travail à l' [...], l'assurée a perdu l'équilibre en assistant une patiente et s'est tordu le genou droit. L'événement a été pris en charge par la CNA en tant que suite de l'accident du 31 juillet 2008.

Dans un rapport du 15 octobre 2009, le Dr [...], médecin assistant auprès de la Clinique de [...], a diagnostiqué une entorse du genou droit avec status post-plastie du ligament croisé antérieur, uniquement en rapport avec l'événement accidentel annoncé. Il a observé que le genou était stable avec des douleurs diffuses globales et attesté une incapacité de travail totale à compter du 17 septembre 2009.

L'assurée a séjourné à la Clinique [...] du 9 décembre 2009 au 19 janvier 2010 en vue de sa rééducation et de l'évaluation de ses capacités résiduelles. Dans leur rapport du 12 février 2010, les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et Q.\_\_\_\_\_, médecin assistante, ont posé le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles, et les diagnostics secondaires d'entorse du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, de plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29 janvier 2009 et de deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009. Au terme du séjour hospitalier, les médecins ont constaté que la prise en charge physiothérapeutique avait amené une amélioration de la force et de la mobilité du genou, mais qu'il persistait des limitations concernant la marche rapide, l'accroupissement, l'agenouillement et la marche sur terrain irrégulier. Ils étaient d'avis que la situation médicale ne pouvait pas être considérée comme stabilisée et attestaient une incapacité de travail totale dans la profession habituelle d'aide-soignante du 9 décembre 2009 au 19 février 2010, à réévaluer par la suite.

Etait annexé à ce rapport le compte-rendu d'un consilium psychiatrique établi le 27 janvier 2010 par le Dr Jean S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée y était décrite comme une femme vigile et orientée, sans troubles attentionnels ou mnésiques majeurs, dont la thymie était globalement maintenue, avec des modulations congruentes aux sujets évoqués. Mise à part une prise pondérale depuis le retrait professionnel et l'arrêt de toute activité sportive, aucun signe orientant vers un trouble dépressif constitué n'était décelé. Il n'existait pas non plus d'éléments pour un trouble anxieux, un trouble psychotique ou un trouble de la personnalité. Dans ce contexte, le Dr S.\_\_\_\_\_ n'avait pas de proposition thérapeutique à formuler, hormis la proposition de participer à quelques séances de relaxation.

Dans un rapport du 11 juin 2010 destiné à la [...], le Dr T.\_\_\_\_\_ a exposé que sa patiente n'avait pas encore recouvré la fonction antérieure de son genou droit et qu'elle présentait toujours une

instabilité et des douleurs à l'effort, de sorte qu'elle restait en incapacité de travail totale. Il ajoutait qu'elle souffrait depuis lors d'une lombosciatalgie droite, probablement consécutive à des troubles de la marche, complication qui avait entraîné une intensification du traitement antalgique. Selon ce médecin, une reprise de l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible, aucune amélioration n'étant attendue. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de flexion, levé ou port de charges fréquent, pas de montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, alternance de la marche et des stations debout et assise), la capacité de travail était jugée pleine et entière.

Dans un rapport du 28 juin 2010 adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a observé que la plastie tenait bien, que le genou et la cicatrice étaient calmes, sans épanchement, l'assurée présentant toutefois une amyotrophie de la cuisse droite et des signes méniscaux faiblement positifs du côté interne. Après une première imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) pratiquée au mois de juillet 2009, qualifiée de rassurante, une nouvelle IRM du 21 décembre 2009 révélait une petite déchirure de la corne antérieure du ménisque externe, une fibrose derrière le corps de Hoffa, un amincissement cartilagineux et une probable instabilité du ligament croisé antérieur. Pour ces motifs, le chirurgien estimait qu'une arthroscopie diagnostique était le seul geste pouvant permettre une amélioration éventuelle de l'état de santé de l'assurée, la reprise de la plastie ligamentaire lui paraissant en revanche contre-indiquée.

Le 18 août 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution s'était progressivement stabilisée depuis le mois de juin 2009 et qu'elle restait inchangée depuis l'automne 2009. Au vu d'une IRM du genou droit réalisée le 14 juillet 2010, il confirmait que la plastie semblait bien tenir, que le genou était calme, sans épanchement et que la mobilisation flexion-extension était pratiquement normale à l'exception d'une amyotrophie sur le tendon du quadriceps et du mollet droits. De l'avis de

ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée à son état de santé depuis l'accident de 2008.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a diagnostiqué, dans un rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010, des douleurs résiduelles au niveau du genou droit après entorse avec rupture du ligament croisé antérieur le 31 juillet 2008, une plastie du ligament croisé antérieur droit au tiers moyen du tendon rotulien le 29 janvier 2009, une deuxième entorse du genou droit le 17 septembre 2009, une hypothyroïdie traitée et une appendicectomie à l'âge de vingt ans. L'IRM du 14 juillet 2010 avait mis en évidence de discrets signes d'irritation osseuse antérieure au niveau du tibia accompagnés par une synovite modérée prédominant sur le pivot central et antérieurement, ainsi que quelques petits foyers de méniscopathie et un kyste pluriloculé de Baker. Dans ces conditions, le médecin d'arrondissement de la CNA considérait que la situation n'était pas encore stabilisée, mais que quelle que soit l'évolution future du genou, il était pratiquement certain qu'elle ne permettrait pas à l'assurée de reprendre son ancienne activité professionnelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg), la capacité de travail était jugée entière.

Le 11 octobre 2010, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés par le Dr H.\_\_\_\_\_. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans la profession d'aide-soignante depuis le mois de juillet 2008, mais entière dans une activité sans déplacement répétitif et sans port de charge. Le praticien énumérait ensuite les contre-indications suivantes : activité uniquement en position debout, activité exercée principalement en marchant ou en terrain irrégulier, positions accroupies et à genoux, rotation en position assise et debout, port de charges de plus de 5 kg, monter des escaliers, sur une échelle ou un échafaudage.

Le 16 octobre 2010, l'assurée s'est fait bousculer par un individu dans un centre commercial à Lausanne et s'est derechef tordu le genou droit. Elle a consulté le Dr T.\_\_\_\_\_, lequel a diagnostiqué une distorsion traumatique du genou droit, due tant à cet événement qu'à l'accident de 2008. L'incapacité de travail était fixée à 100% pour une durée indéterminée.

Après avoir examiné l'assurée, le 6 décembre 2010, le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté que, par rapport à son examen du 1<sup>er</sup> septembre 2010, il n'existait plus de douleur à la palpation au niveau de l'interligne articulaire externe ; la sollicitation du ménisque interne était par contre clairement douloureuse et la différence la plus notoire résultait du fait que le tiroir à droite paraissait plus important qu'à gauche. Le médecin d'arrondissement concluait qu'une pleine capacité de travail était toujours exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précédemment définies.

Le 22 janvier 2011, le genou droit de l'assurée s'est dérobé alors qu'elle montait des escaliers.

Par décision du 11 février 2011, la CNA a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité de 12% à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010 pour les séquelles de l'accident survenu le 31 juillet 2008. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours de la part de l'intéressée.

L'assurée a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en date du 15 mars 2011. Dans un rapport du 13 mai 2011, celui-ci a indiqué que l'examen clinique était rassurant et qu'il ne disposait d'aucune explication relative aux gonalgies et ne suggérait dès lors ni intervention chirurgicale ni examens complémentaires, en l'absence d'éléments contributifs.

Dans une appréciation médicale du 21 juillet 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que la dernière entorse de janvier 2011 constituait un

nouvel événement et que le statu quo sine était largement atteint le 15 mars 2011, date de l'examen du Dr Z. \_\_\_\_\_ qui était superposable au sien.

Le 24 septembre 2012, l'OAI a rendu une décision sur le droit aux prestations de l'assurée, confirmant son projet du 11 octobre 2010. Dans une motivation séparée et non datée, il a estimé que, si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, elle était pleinement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg) à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010. Après comparaison des revenus d'invalidité (47'315 fr. 25) et sans invalidité (54'908 fr. 90), il en résultait un degré d'invalidité de 13,82%, lequel n'ouvrait pas droit à un éventuel reclassement. L'OAI a ainsi reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité depuis le 6 novembre 2009, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations, jusqu'au 30 novembre 2010, savoir trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

L'assurée a recouru contre cette décision le 25 octobre 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En cours de procédure, la recourante a notamment produit, le 27 février 2013, un rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 19 février 2013, certifiant qu'elle présentait des séquelles d'un traumatisme avec lésions ligamentaires réparées chirurgicalement de son genou droit et aggravées de troubles dégénératifs comme évolution naturelle de ce genre de lésions avec conflit fémoro-patellaire, nécessitant une adaptation professionnelle. La recourante a également produit un certificat du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 12 février 2013, selon lequel elle présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse aggravée depuis mi-janvier 2013, en lien avec sa pathologie orthopédique du genou, qui entraînait des idées de dévalorisation, la diminution de

l'estime de soi, des ruminations suicidaires et un sentiment de désespoir. Le 14 mai 2013, la recourante a enfin produit une attestation du Dr M.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 24 avril 2013, faisant état d'une symptomatologie dépressive pour laquelle elle a dû être mise au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur et adressée à un psychiatre.

Dans un arrêt du 12 décembre 2013 (AI 259/12 - 308/2013), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours déposé par l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 24 septembre 2012, considérant que cette dernière disposait d'une capacité de travail pleinement exigible dans une activité légère à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2010 conformément aux avis concordants des médecins sollicités, à savoir les Drs T.\_\_\_\_\_, J.\_\_\_\_\_, H.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ et que le degré d'invalidité de 13,82% n'ouvrait pas le droit à des prestations. L'assurée n'a pas recouru contre cet arrêt.

**b)** Par courrier du 24 janvier 2014 à l'OAI, l'assurée a demandé la « *réouverture de l'aide au placement avec les limitations fonctionnelles faites par l'AI* ».

Le 27 janvier 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en précisant qu'elle était atteinte d'une « *rupture du ligament* » depuis juillet 2008.

Par courrier du 29 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il était disposé à « *rouvrir* » l'aide au placement pour autant qu'elle ait été d'accord avec l'exigibilité retenue, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de longue marche, pas de marche en terrain irrégulier ou dans les escaliers, pas de travail à genoux et pas de port de charges de plus de 10 kg.

Dans un second courrier daté du même jour, l'OAI a expliqué à l'assurée que son courrier du 24 janvier 2014 était considéré comme une nouvelle demande et qu'elle était dès lors invitée à produire toute pièce (rapport médical par exemple) susceptible de rendre plausible la

modification de son degré d'invalidité dans le délai imparti et, qu'à défaut, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 27 mai 2014, l'assurée, représentée désormais par Me Bloch, a transmis à l'OAI un rapport du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1<sup>er</sup> mai 2014 adressé au Dr L.\_\_\_\_\_. Dans ce rapport, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs présentes en montée et en descente, ainsi qu'un sentiment d'insécurité sur le genou. A l'examen médical, le Dr K.\_\_\_\_\_ a constaté une rotule basse et des débuts de troubles dégénératifs fémoro-patellaires. Ce médecin préconisait une arthro-IRM du genou droit afin d'observer s'il existait un tissu d'arthrofibrose ou non et également pour contrôler le degré de dégradation du cartilage fémoro-patellaire.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le conseil de l'assurée a transmis deux documents, à savoir :

- le rapport de l'arthro-IRM des genoux réalisée le 22 mai 2014, laquelle a mis en évidence une greffe « LCA » sans particularité, une déchirure de la corne antérieure du ménisque comminutive de nature instable et de fissuration cartilagineuse de la crête rotulienne ;

- un rapport complémentaire du Dr K.\_\_\_\_\_ au Dr L.\_\_\_\_\_ du 17 juin 2014, dans lequel il a noté que l'arthro-IRM avait notamment montré l'absence de problème particulier au niveau de la greffe, une lésion de la corne antérieure du ménisque externe asymptomatique et des troubles dégénératifs assez marqués de la rotule expliquant la symptomatologie. Il indiquait que l'assurée se rendait compte que le métier d'aide-soignante allait être difficile à exercer étant donné qu'elle ne pouvait plus se mettre à genoux ni porter de charges. Il observait qu'il n'y avait « *pas grand-chose* » à faire pour les douleurs séquellaires tendineuses et proposait une cure de viscosupplémentation pour les lésions cartilagineuses de la fémoro-patellaire.

Dans un avis du 25 août 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a notamment exposé ce qui suit :

« D'un point de vue orthopédique : Nous disposons des rapports du Dr K.\_\_\_\_\_ (orthopédie, 01.05.14 et 17.06.14). Sur la base de son examen clinique et de l'imagerie réalisée, il mentionne l'absence de complication au niveau de la greffe du LCA, la présence d'une lésion méniscale externe non symptomatique ainsi que des troubles dégénératifs expliquant les symptômes. Les plaintes de l'assurée consistent en des douleurs antérieures présentes en montée et en descente (peu en marche à plat) ainsi qu'un sentiment d'insécurité sur le genou. Il mentionne que le métier d'aide-soignante va être dorénavant difficile à réaliser.

D'un point de vue psychiatrique : Nous ne disposons pas d'avantage d'information que celles qui précédait le jugement, à savoir un certificat médical du Dr L.\_\_\_\_\_ (médecine interne, 24.04.13) mentionnant que l'assurée a présenté une symptomatologie dépressive pour laquelle elle a été adressée à un psychiatre et a nécessité un traitement antidépresseur, et le certificat médical de la Dr [...] (psychiatre, 12.02.13) qui mentionne une prise en charge dès février 2013 pour une symptomatologie dépressive et anxieuse en lien avec sa pathologie orthopédique. A noter que dans les formules officielles des 27.01.14 et 01.07.14, il n'est fait mention d'aucune atteinte ou suivi psychiatrique.

Conclusion : Absence d'argument en faveur d'une péjoration de l'atteinte orthopédique susceptible de modifier nos précédentes conclusions en lien avec la capacité de travail (CT nulle dans l'activité d'aide-soignante et entière dans une activité adaptée). De plus, les plaintes décrites par le Dr K.\_\_\_\_\_ correspondent aux limitations fonctionnelles retenues jusqu'ici. Concernant l'atteinte psychiatrique, il n'existe actuellement aucun argument permettant de suspecter la présence d'une quelconque atteinte responsable d'une incapacité de travail durable.

Au vu de ce qui précède, les conclusions concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sont inchangées. »

Le 27 août 2014, l'OAI a rendu un projet de décision, refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision et qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 6 octobre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 août 2014.

**B.** Par acte du 6 novembre 2014, X.\_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru contre la décision précitée de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à ce que l'office intimé entre en matière sur sa demande de mesures provisionnelles et d'allocation de rente. En substance, elle soutient que l'OAI n'a pas pris en compte les certificats médicaux figurant au dossier qui attestent que l'arthrose dont elle souffre au genou droit s'est péjorée, ce qui lui rend pratiquement impossible l'exercice de son activité.

Dans sa réponse du 29 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

Dans son écriture du 13 mars 2015, la recourante a fait valoir qu'elle présentait une nouvelle affection, soit un syndrome fémoro-patellaire droit sur lésion cartilagineuse de la crête rotulienne et que l'OAI aurait dès lors dû entrer en matière sur sa demande de prestations. A titre de preuve, elle a produit un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de l'assurée, du 25 février 2015. Ce médecin a indiqué, dans son certificat, que la recourante présentait des gonalgies antérieures droites persistantes sur tendinopathie rotulienne distale, ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire droit sur lésions cartilagineuses de la crête rotulienne. Il a mentionné que ces deux problématiques étaient résistantes aux différents traitements conservateurs entrepris et qu'une amélioration transitoire avait été observée en août 2014 avant une récurrence des douleurs en automne 2014. La recourante a également produit une prescription de physiothérapie du 16 février 2015. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin d'exclure une problématique d'ordre psychiatrique.

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions précédentes, estimant que les rapports médicaux produits en cours de procédure intervenaient quelques mois après la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne pouvaient pas remettre en cause son bien-fondé.

Le 4 mai 2015, la recourante a notamment fait parvenir un certificat médical du Dr F. \_\_\_\_\_ du 20 avril 2015 indiquant qu'elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : marche rapide, marche prolongée, accroupissement, marche en terrain irrégulier, montée et descente d'escaliers fréquente, port de charges de plus de 15 kg.

Désormais représentée par Me David Métille, la recourante a complété ses déterminations le 30 septembre 2015. Elle a mentionné que dès lors que l'OAI avait transmis les différentes pièces médicales au SMR cela signifiait que l'intimé était entré en matière et qu'il aurait dû approfondir la question de sa capacité de travail en mettant en œuvre une expertise orthopédique et/ou rhumatologique si nécessaire. Elle a également fait valoir que sa capacité de travail ne devrait pas excéder 75%, lui donnant dès lors droit à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> avril 2014. Elle a ainsi complété ses conclusions en ce sens, précisant que subsidiairement elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et rhumatologique ou de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction. Elle a produit un rapport du 1<sup>er</sup> juin relatif à une infiltration du tendon patellaire droit réalisée le 29 mai 2015, ainsi qu'un rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 26 août 2015.

Le 27 octobre 2015, l'OAI s'est déterminé sur les documents médicaux, se fondant sur un avis SMR du 25 août 2015. Il a notamment estimé que les rapports produits postérieurement à la décision litigieuse n'avaient pas à être pris en compte pour déterminer si une modification significative de l'état de fait avait été rendue plausible par la recourante.

**C.** Par décision du 15 décembre 2014 de la juge instructrice, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et Me Jean-Pierre Bloch désigné en qualité d'avocat d'office avec effet au 6 novembre 2014.

A la suite d'un changement de conseil, la juge instructrice a rendu une nouvelle décision le 13 août 2015, relevant Me Bloch de son mandat et fixant l'indemnité d'office à 1'180 fr. pour la période du 6

novembre 2014 au 5 août 2015. Me David Métille a été désigné en remplacement.

Le 27 janvier 2016, Me Métille a fait parvenir sa liste des opérations au Tribunal pour un montant de 2'212 fr. 05.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la LAI ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**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 (ATF 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée par la recourante le 24 janvier 2014. Il conviendra donc en particulier de se prononcer sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait la révision de son cas depuis le 24 septembre 2012, eu égard aux pièces produites devant l'intimé.

**3. a)** Aux termes 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. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références). Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungs-recht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 consid. 1.2). 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. 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 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2).

**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 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 ; cf. art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) – 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3, 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

**c)** Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, 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 au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, l'examen du juge des assurances sociales étant d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 3.2).

**d)** On précisera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2).

**4.** En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 24 septembre 2012 - entrée en force - niant le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité et la décision litigieuse du 6 octobre 2014, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. En effet, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'OAI n'est pas entré en matière sur sa nouvelle demande déposée le 24 janvier 2014, le fait de transmettre les documents médicaux à son service médical ne constituant pas un acte d'instruction (cf. TF 9C\_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 4.1). Il faut donc se limiter, en vertu de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, à examiner si la recourante a rendu plausible une modification de son invalidité, en particulier une aggravation de son état de santé susceptible de modifier son droit aux prestations d'invalidité.

Dans ce prolongement, et dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a pas à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

**a)** A l'appui de sa demande de prestations, la recourante a produit un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2014. Selon ce document, la recourante se plaignait de douleurs antérieures présentes lors de montées ou de descentes, ainsi que d'une instabilité du genou. A l'examen clinique, le status était plutôt normo-axé. Ce médecin a sollicité la réalisation d'une arthro-IRM du genou droit pour observer le cartilage, la greffe et les

ménisques. Il estimait que la recourante présentait une tendinite chronique du tendon rotulien avec rotule basse et un début de troubles dégénératifs fémoro-patellaires. Il retenait également que la fonction d'aide-soignante allait être désormais difficile à exercer. La recourante a ensuite produit le rapport concernant ladite arthro-IRM réalisée le 22 mai 2014. Cet examen a mis en évidence une greffe « LCA » sans particularité, une déchirure de la corne antérieure du ménisque comminutive de nature instable et une fissuration cartilagineuse de la crête rotulienne. La recourante a en outre fait parvenir à l'OAI un rapport complémentaire du Dr K. \_\_\_\_\_ du 17 juin 2014 dans lequel il relevait que l'arthro-IRM avait notamment montré l'absence de problème particulier au niveau de la greffe, une lésion de la corne antérieure du ménisque externe asymptomatique et des troubles dégénératifs assez marqués de la rotule expliquant la symptomatologie.

Ces documents médicaux ne permettent toutefois pas de rendre plausible une péjoration de l'atteinte orthopédique de la recourante susceptible de modifier les faits déterminants établis lors de la décision de l'OAI du 24 septembre 2012, confirmée sur recours. En effet, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante et ne s'est pas prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, mentionnant seulement que l'activité d'aide-soignante était difficilement envisageable, ce qui avait été admis par l'OAI lors de la décision initiale. En outre, comme le relève le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR (cf. avis SMR du 25 août 2014), les plaintes de la recourante décrites par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport correspondent aux limitations fonctionnelles retenues lors de la précédente décision fondée notamment sur l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2010), à savoir pas de marche ininterrompue de plus de dix à quinze minutes, pas de marche en terrain irrégulier, pas d'escalier, pas de travail nécessitant la position à genoux ou des genuflexions, pas de port de lourdes charges de plus de 20 kg. Par ailleurs, le Dr H. \_\_\_\_\_ mentionnait déjà la présence en 2010 d'une insécurité du genou, sous forme de lâchages. Ainsi, les rapports des 1<sup>er</sup> mai et 17 juin 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_ ne rendent pas plausible une modification de l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ qui énonçait une capacité

de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées.

Enfin, s'agissant des pièces produites par la recourante en cours de procédure, à savoir les rapports des 25 février, 20 avril et 26 août 2015 du Dr F. \_\_\_\_\_ et la prescription de physiothérapie du 16 février 2015, hormis le fait qu'ils n'attestent d'aucune péjoration de l'état de santé de la recourante, ils n'ont, dans tous les cas, pas à être pris en compte dans la présente procédure, ceux-ci étant postérieurs à la décision litigieuse.

En dernier lieu, il convient de préciser que la recourante n'a transmis aucun document relatif à son état de santé psychique, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner cette question plus avant.

**b)** Ainsi, la recourante n'ayant pas apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible une modification de son degré d'invalidité, c'est à bon droit que l'office intimé n'est pas entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

**5. a)** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

**b)** La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle ne peut pas prétendre à des dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA) et supportera les frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), arrêtés à 400 francs. Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge du canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**c)** Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Métille a produit une liste de ses opérations le 27 janvier 2016, laquelle ne rentre pas entièrement dans le cadre du mandat fixé. En effet, Me Bloch – qui a déjà été indemnisé – avait réalisé la majorité du travail lié à ce dossier, à savoir notamment la rédaction du recours et les écritures subséquentes relatives à la procédure. Me Métille a repris le mandat alors que le dossier paraissait en état d'être jugé. Compte tenu qu'il s'agissait d'un refus de l'intimé d'entrer en matière, les démarches effectuées auprès des médecins de la recourante à ce stade de la procédure n'étaient pas pertinentes, l'examen du dossier de la CNA n'apparaissait pas nécessaire et les ultimes déterminations du 30 septembre 2015 n'apportaient aucun élément nouveau. Ainsi, il y a lieu de ramener la note d'honoraire de Me Métille à trois heures de prestations d'avocat à 180 fr./heure, comprenant une heure pour la consultation du dossier, une heure de rendez-vous avec la cliente, ainsi qu'une heure pour d'autres activités (rédaction de courriers, téléphones). Le montant des honoraires s'élève ainsi à 540 fr., auquel il convient d'ajouter la TVA à 8%, soit 583 fr. 20 au total (540 fr + 43 fr. 20). Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant forfaitaire de 23 fr. 20 fr., TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Métille s'élève donc à 608 fr. 25.

**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 6 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

**V.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de la recourante, est arrêtée à 608 fr. 25 (six cent huit francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.

**VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me David Métille (pour X. \_\_\_\_\_),
- 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 :