

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mars 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Métral, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Bohrer

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourante,

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. U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante du Kosovo née en 1969, est titulaire d'un permis C. Elle est mariée et mère de deux enfants.

Le 12 juin 2011, l'assurée a été victime d'un accident de voiture provoquant une fracture du pilon tibial de la jambe gauche. Elle exerçait alors la profession de manutentionnaire en [...] à 100% avant d'être licenciée avec effet au 30 avril 2012 par son employeur en raison d'une restructuration.

L'accident a été annoncé par son employeur à la Caisse accident E._____ (ci-après : Caisse accident E._____).

B. Par dépôt du formulaire ad hoc le 27 janvier 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée a soumis une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Le 29 février 2012, le Dr X._____, chef de clinique au sein du Service [...] du Département [...] du Centre médical A._____ (ci-après : Centre médical A._____) a établi un rapport médical posant notamment le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de chondrolyse post-traumatique sur fracture du pilon tibial gauche. Ce praticien a également précisé en substance que l'assurée ne pouvait exercer un travail en position essentiellement debout, une position assise pouvant être seule envisagée.

Dans un avis médical du 22 août 2012, le Dr X._____ a confirmé son appréciation en déclarant qu'il ne serait plus possible à l'assurée de reprendre une activité en position debout comme elle l'exerçait avant son accident. Il a toutefois précisé que sa capacité de travail, dans une activité assise avec un minimum de déplacement,

s'approchait des 100% mais qu'elle devrait changer régulièrement la position de son pied gauche et de sa cheville.

Dans son rapport du 15 octobre 2012, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie et médecin [...] de la Caisse accident E._____, a notamment écrit ce qui suit :

« 4. Constatations

Il s'agit d'une patiente de 43 ans, présentant un aspect de santé correct.

Cheville gauche :

La démarche, pieds nus dans la salle d'examen, s'effectue à pas lents mais sans véritable boiterie. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons n'est pas réalisée. L'appui monopodal gauche est difficilement soutenu. L'accroupissement n'est même pas ébauché.

En station debout, la patiente a tendance à reporter la charge sur le MID. On note un morphotype en valgus avec une DIM de 3 travers de doigts et une amyotrophie assez marquée du mollet gauche.

La cheville gauche est modérément élargie par un œdème chronique. Il n'y a pas d'hyperthermie, pas d'autre signe réactif local.

L'arrière-pied paraît normo-axé et normo-fonctionnel. Le pied gauche est un peu plus froid que le droit mais il a une bonne trophicité.

La mobilité de la tibio-talienne est assez limitée mais dans un secteur utile avec une E/F à 5°-0-15° par rapport à 20°-0-35° à droite. La sous-talienne ne paraît pas enraidie.

La circonférence du mollet gauche mesure 39 cm par rapport à 41 cm à droite, celle de la cheville gauche mesure 21,25 cm par rapport à 21 cm à droite. »

Ce médecin a en outre considéré que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les charges moyennes, la station debout prolongée ainsi que les longs trajets et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 7 janvier 2013, le Dr R._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu que l'atteinte à la santé de l'assurée consistait en une arthrose post-traumatique de la

cheville gauche après fracture du pilon tibial le 12 juin 2011. S'agissant de la capacité de travail exigible de l'assurée, ce praticien a estimé qu'elle était nulle dans son activité habituelle mais de 100% dans une activité adaptée. Il a également décrit ses limitations fonctionnelles comme suit :

« Toute activité autre qu'assise ou semi-assise, avec un minimum de déplacements debout, marche dans les escaliers autre qu'occasionnelle, pas d'accroupissement et de travail à genoux, pas de marche en terrain irrégulier, pas de port de charges de plus de 5 kg. [L'assurée] doit pouvoir positionner sa cheville G et changer de position à sa guise. »

Par décision du 8 mai 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} juillet 2012 au 30 novembre 2012. L'OAI a ainsi relevé qu'il ressortait des investigations médicales entreprises que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% du 12 juin 2011 au 22 août 2012 tant dans son activité habituelle que dans son activité adaptée, ce qui lui ouvrait un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2012, soit six mois après le dépôt tardif de sa demande du 27 janvier 2012. Toutefois, à partir du 23 août 2012, suite à une amélioration de son état de santé, sa capacité de travail était remontée à 100% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (absence d'activité autre qu'assise ou semi-assise, avec un minimum de déplacements debout, absence de marche dans les escaliers autre qu'occasionnelle, pas d'accroupissement et de travail à genoux, pas de marche en terrain irrégulier, pas de port de charges de plus de 5 kg, possibilité de positionner sa cheville gauche et de changer de position à sa guise). Après comparaison des revenus, l'OAI a considéré que l'assurée pouvait raisonnablement prétendre à un revenu d'invalidé au moins aussi élevé que celui qu'elle avait réalisé avant son atteinte à la santé. Sans préjudice économique, elle ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité, la rente octroyée devant être ainsi supprimée au 30 novembre 2012, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

Cette décision, non contestée, est entrée en force.

Le 21 mai 2013, le Dr G._____, médecin chef de l'Unité [...] du Département [...] du Centre médical A._____, a adressé en copie à l'OAI un rapport médical suggérant une reconversion de l'assurée vers une activité sédentaire, voire alternée, la première de ces activités pouvant être exercée immédiatement à 100% par la patiente, la seconde à 50%.

Par courrier du 17 septembre 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI avoir commencé un stage le même jour dans une entreprise dans une activité tout a fait adaptée à sa situation de santé. Elle a expliqué effectuer un stage de trois semaines avec l'aide de l'office régional de placement et souhaiter le continuer pour augmenter ses chances de retrouver un emploi, raison pour laquelle elle requérait la réactivation de l'aide au placement offerte par l'OAI. L'assurée se disait motivée et apte à travailler dans une activité adaptée.

Par communication du 9 octobre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge un stage de trois mois dans ladite entreprise, du 7 octobre au 31 décembre 2013, avec un taux de 50%, progressif.

Dans le cadre de l'aide au placement octroyée à l'assurée, l'OAI a procédé à plusieurs entretiens avec cette dernière et d'autres intervenants. Il ressort ainsi d'une note d'entretien rédigée le 5 novembre 2013 par un collaborateur de l'OAI que l'assurée était toujours en incapacité de travail à 50% pour encore quelques semaines. Elle avait débuté sur un premier poste, a priori adapté, mais où sa jambe lui faisait néanmoins mal. La personne responsable avait ensuite tenté de l'affecter à un poste de « câblage », mais en cinq jours à peine, l'assurée avait ressenti des douleurs incessantes, l'obligeant à revenir à son ancien poste. Cela étant, même en adaptant son poste, la situation serait difficile, selon les responsables et l'assurée, car cette dernière ne pensait pas à déambuler pour soulager un peu sa jambe alors qu'elle l'aurait pu.

Il ressort également d'une seconde note d'entretien rédigée le 11 décembre 2013, que l'assurée, malgré le feu vert de ses médecins, n'a

pas souhaité augmenté son taux d'activité de 50%, - qu'elle estimait comme son maximum - pour des raisons personnelles et suite à ses douleurs permanentes.

C. Par dépôt du formulaire ad hoc le 1^{er} octobre 2014 auprès de l'OAI, l'assurée a soumis une seconde demande de prestations de l'AI. A l'appui de sa demande, elle a invoqué la fracture de sa cheville à titre d'atteinte à la santé et a annexé un certificat médical du Dr X. _____ du 20 juin 2014 attestant d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, essentiellement sédentaire, à réévaluer fin 2014.

Invitée par courrier du 2 octobre 2014 de l'OAI à rendre plausible la modification de son état de santé, l'assurée a produit un rapport médical du Dr X. _____ du 25 septembre 2014 dont ressortent les passages suivants :

« D'un point de vue purement objectif, Mme U. _____ devrait être capable de réaliser une activité adaptée, c'est-à-dire essentiellement sédentaire, à un taux avoisinant les 100% (...).

Cependant, elle m'a signalé (...), alors qu'elle réalisait une activité essentiellement sédentaire dans une entreprise jusqu'à fin 2013/début 2014, que d'un point de vue des douleurs, elle n'arrivait pas à tenir plus que les 50% qu'elle réalisait à l'époque.

Pour cette raison, j'ai établi un certificat en date du 20.06.2014 indiquant une incapacité de travail à 50% dans une activité adaptée depuis le 01.05.2013. Ceci est donc le certificat qui fait foi. Cependant, Mme U. _____ devrait être évaluée par une personne compétente dans la médecine du travail pour établir le taux effectivement exigible. »

Dans son avis médical du 4 décembre 2014, la Dresse K. _____, du SMR, a estimé qu'au regard du rapport du Dr X. _____ du 25 septembre 2014, aucun élément médical objectif nouveau ne justifiait une entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

Par projet de décision du 10 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière et l'a invitée à se déterminer.

Par courrier du 9 janvier 2015, l'assurée a contesté la décision projetée et a annoncé une prochaine prise de contact du Dr X._____.

Dans un rapport du 9 janvier 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr X._____ a écrit ce qui suit :

« Par la présente, je certifie avoir revu la patiente susnommée à ma consultation du 8 janvier 2015.

À l'inspection, la cheville gauche est légèrement plus œdématiée que la droite. La cicatrice est calme. L'examen clinique révèle des douleurs à la palpation des gouttières interne et externe, ainsi qu'à celle des reliefs osseux. La mobilité est fortement diminuée avec une flexion-extension évaluée à 20°-0-5°. La mobilité de la soustaliennienne est également fortement réduite. Absence de troubles trophiques. Status neurovasculaire dans la norme.

Madame U._____ se plaint essentiellement de douleurs et d'enflure quand sa jambe reste longtemps en déclive, ce qui lui déclenche également des dysesthésies surtout à la face dorsale du pied. Elle dit clairement, encore une fois, ne pas être capable de rester assise de façon prolongée, comme ce serait le cas dans une activité sédentaire à 100%. Elle déclare également que, lors de ses deux stages de reclassement, des tentatives pour diminuer ces plaintes ont été essayées notamment en posant la jambe gauche sur un tabouret à côté, mais qu'elles n'ont pas été couronnées de succès. Les personnes qui s'occupaient d'elle lors de ces deux stages auraient aussi clairement remarqué que 50% étaient la limite supérieure de ce qu'on pouvait exiger d'elle.

Pour ces raisons, j'estime que la capacité de travail, même dans une activité adaptée, ne devrait pas dépasser les 50%. »

Dans son avis médical du 23 février 2015, la Dresse K._____ et le Dr L._____, du SMR, ont estimé que le rapport médical du Dr X._____ du 9 janvier précédent n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux dont il n'aurait pas été tenu compte dans les limitations fonctionnelles retenues dans le rapport du SMR du 7 janvier 2013. Compte tenu de ces limitations, ces médecins ont confirmé que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle mais de 100% dans une activité adaptée.

Par décision du 10 juin 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la seconde demande de prestations déposée par l'assurée le 1^{er}

octobre 2014, estimant en substance qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa dernière décision du 8 mai 2013.

D. Par acte déposé le 26 juin 2015, U._____ a interjeté un recours à l'encontre de cette décision en concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction. A l'appui de sa position, elle a allégué ne pas être en mesure de travailler à plus de 50% dans une activité adaptée et a demandé qu'il soit tenu compte du courrier du 9 janvier 2015 du Dr X._____. Elle s'est également dite prête à passer de nouveaux examens auprès d'un médecin reconnu par l'OAI.

Par réponse du 1^{er} septembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans leur écriture ultérieure, les parties ont maintenu leurs conclusions respectives, l'OAI soulignant toutefois, dans sa duplique du 7 octobre 2015, que dans le cadre d'une procédure de révision, il ne lui appartenait pas de procéder d'emblée à des mesures d'instruction alors qu'il revenait à l'assuré de rendre plausible la modification de son invalidité, au point d'influencer ses droits.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré

ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 26 juin 2015 contre la décision de l'OAI du 10 juin 2015 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, est litigieux le refus d'entrée en matière de l'OAI sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 1^{er} octobre 2014.

3. a) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a).

b) En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que 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.

c) 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004, consid. 2.1). 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 réf. ; Ulrich MEYER/Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 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'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante

pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2).

d) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGa), ne s'applique pas à cette procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI ; ATF 130 V 164 consid. 5.2.5). 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^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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 (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 et les références citées).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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). 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 (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

e) Ainsi, 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).

4. a) Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision du 8 mai 2013 et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à une rente et à des mesures professionnelles, s'est produit. En effet, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par l'assurée le 1^{er} octobre 2014. Il faut donc se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 8 mai 2013 octroyant une rente limitée dans le temps et retenant un capacité de travail de 100% dans une activité adaptée.

b) En l'espèce, le Dr X._____, dans son rapport du 9 janvier 2015 fait tout d'abord état d'une cheville gauche légèrement plus œdématiée que la droite, ce qui ne constitue pas un fait nouveau puisque un œdème chronique de cette cheville avait déjà été relevé par le Dr P._____ dans son rapport du 15 octobre 2012. Le Dr X._____ mentionne ensuite une mobilité tibio-talienne en flexion-extension de 20°-0-5° qualifiée de fortement diminuée. Toutefois, ces valeurs s'avèrent en amélioration, soit, s'agissant de la flexion, supérieures de 5° à celles relevées par le Dr P._____, et identiques s'agissant de l'extension. Le Dr X._____ signale enfin une forte réduction de la mobilité sous-talienne, au contraire du Dr P._____ pour qui la sous-talienne ne paraissait pas enraidie. Toutefois, il ne ressort pas du rapport médical du Dr X._____ que cette réduction de mobilité entraînerait une aggravation des limitations fonctionnelles de la recourante.

En définitive, le Dr X._____, dans son rapport du 9 janvier 2015, ne fait pas état d'une altération de l'état de la cheville gauche de sa patiente qui expliquerait, d'un point de vue objectif, une réduction de sa capacité de travail à 50% dans une activité adaptée et/ou qui amènerait à des limitations fonctionnelles différentes de celles retenues dans le cadre de la décision de l'OAI du 8 mai 2013. A la lecture du rapport précité, il apparaît que ce praticien a fixé la capacité de travail de sa patiente à 50% dans une activité adaptée non pas sur la base de l'examen clinique mais sur ses plaintes, forcément subjectives, et sur l'assertion d'une impossibilité de travailler à plus de 50% lors des deux stages en entreprise. S'agissant plus particulièrement du stage en entreprise indemnisé par l'OAI, on rappellera que les notes d'entretien des 5 novembre et 11 décembre 2013 mentionnent certes l'existence de douleurs. Il s'agissait cependant de douleurs relatées par l'assurée mais non observées par les intervenants. Ceux-ci ont seulement remarqué qu'elle aurait pu soulager sa jambe en déambulant mais n'y pensait pas.

Par surabondance, on constatera qu'aucun des rapports médicaux postérieurs à la décision sujette à révision ne conforte l'évaluation du Dr X._____, que ceux-ci émanent du Dr G._____ (cf.

rapport médical du 21 mai 2013) ou des médecins du SMR. On retiendra en effet que tous ces médecins estiment, d'un point de vue objectif, que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles n'ont pas changé depuis mai 2013. Cette appréciation doit être suivie, cela d'autant plus qu'elle est partagée par le Dr X._____. En effet, ce médecin retient dans son rapport du 25 septembre 2014 que sa patiente est objectivement à même d'exercer une activité sédentaire adaptée à un taux proche de 100%, à l'image, d'ailleurs, de ce qu'il avait déjà écrit dans son rapport du 22 août 2012, et ne justifie pas objectivement d'une quelconque modification de l'état de santé de l'intéressée qui serait survenue depuis lors.

Dans ces conditions, force est de constater que les documents médicaux produits par la recourante de la cadre de la procédure administrative ouverte suite à sa nouvelle demande du 1^{er} octobre 2014 ne rendent pas plausible une modification particulière de son état de santé de nature à modifier ses droits en matière de prestations AI.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, qui succombe.

c) La recourante n'ayant pas obtenu gain de cause et ayant au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (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 10 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de U._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- U._____,
- 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).

Le greffier :