

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Rossier et M. Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; art. 87 RAI.

E n f a i t :

A. a) B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de deux enfants majeurs, a déposé en 1992 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une première demande de prestations, en faisant état de hernies discales. A la suite de cette demande, elle a bénéficié d'un reclassement professionnel pour une formation d'assistante médicale et a obtenu un diplôme de secrétaire médicale en 1996.

b) Le 5 mai 1998, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'OAI, sollicitant l'octroi d'une rente, en mentionnant des hernies discales à répétition et la pose de deux prothèses dorsales lombaires. Cette demande a été rejetée par décision du 17 décembre 2001, au motif que l'intéressée ne présentait pas de préjudice économique et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Cette décision est entrée en force.

c) Le 19 septembre 2006, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait à nouveau état de hernies discales (3 prothèses), ainsi que de by-pass thérapeutique, d'ablation de la vésicule biliaire, de poche stomacale, d'infiltration au genou, de rhumatisme, d'incontinence et de dépression. L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande.

Dans un rapport du 21 décembre 2006, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies, de douleurs lombaires chroniques après opérations multiples, d'une méniscose postéro-interne gauche ainsi que d'une calcification sous-acromiale de l'épaule gauche, entraînant une importante impotence fonctionnelle. Il a estimé la capacité de travail à 25 %, éventuellement à 40 % au maximum.

L'intéressée a été soumise à un examen clinique rhumatologique, effectué le 30 juillet 2008 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 8 août 2008, ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : périarthrite scapulo-humérale droite avec déchirure partielle tendineuse du muscle sus-épineux, conflit sous-acromial et status après opération de l'épaule droite ; périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiante avec status après opération de l'épaule gauche ; lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après opérations rachidiennes multiples, dont pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1 ; douleurs abdominales, diarrhées et incontinence fécale dans le cadre d'un status après trois opérations bariatriques, dont un bypass gastrojéjunal ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de deux éventrations, et d'un status après nombreuses opérations neurochirurgicales ; notion anamnétique d'anévrisme de l'aorte abdominale ; douleurs du genou gauche avec limitations fonctionnelles dans le cadre d'un status après ostéotomie de valgisation pour gonarthrose. En outre, le Dr C._____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'incontinence urinaire à l'effort, de même que de status après opération du tunnel carpien gauche et status après décompression du nerf cubital gauche au coude avec suspicion persistante clinique d'une neuropathie cubitale gauche irritative. Le Dr C._____ a retenu une capacité de travail de 70 % comme opératrice-réceptionniste ou dans une activité adaptée. L'incapacité de travail de 30 % s'expliquait par une baisse de rendement en raison des nombreuses limitations fonctionnelles, qui ont été décrites comme suit :

« Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg.

Diarrhées et incontinence : avoir des toilettes à proximité du poste de travail, où l'assurée peut se rendre.

Eventration et notion anamnesticque d'anévrisme de l'aorte abdominale : pas d'effort important, pas de lever de charges de plus de 5 kg.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de marche supérieure à 30 minutes, pas de position debout prolongée de plus de 15 minutes, pas de marche en terrain irrégulier. »

Le 20 janvier 2009, le Dr L. _____ a établi une ordonnance pour une chaise roulante, mentionnant le terme « définitive ».

A l'occasion d'un entretien du 26 janvier 2009, l'intéressée s'est présentée en chaise roulante, expliquant que depuis sa récente opération (ostéotomie de valgisation), elle se déplaçait en fauteuil dès lors qu'elle ne pouvait pas utiliser des cannes anglaises à cause de ses deux prothèses à l'épaule. Elle estimait que l'appréciation du SMR n'était pas réaliste et qu'elle pouvait assumer au plus un 25 % ou un 30 % d'activité, de préférence à domicile.

Le 18 février 2009, l'assurée a demandé à l'OAI de prendre en charge un fauteuil roulant à titre de moyen auxiliaire. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a interpellé le Dr L. _____, qui a relevé qu'il n'y avait actuellement pas de déficit proprement dit chez la patiente, sinon un état algique résiduel qui pouvait nécessiter la disponibilité d'une chaise roulante comme moyen de locomotion complémentaire (cf. courrier du 26 mars 2009). L'OAI a rejeté la demande de moyen auxiliaire par décision du 23 novembre 2009. Le recours de l'assurée contre cette décision a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du 28 juillet 2011, qui a notamment considéré que la remise à l'intéressée d'un fauteuil roulant ne se justifiait pas sur le plan médical (cause AI 577/09 - 381/2011 consid. 4). Cet arrêt est entré en force.

Par projet de décision du 5 janvier 2011, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de lui refuser le droit à la rente, en retenant qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité

d'opératrice-réceptionniste et dans une activité adaptée, ce qui excluait tout préjudice économique.

Le 10 février 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a notamment déposé une attestation du 13 février 2008 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie, traumatologie et chirurgie viscérale, selon laquelle elle avait récemment bénéficié d'une intervention chirurgicale qui contre-indiquait désormais tout effort ou port de charges lourdes.

Dans un rapport du 27 avril 2011, la Dresse W._____, psychiatre traitante, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de grave trouble de la personnalité (personnalité borderline), de trouble des conduites alimentaires non spécifié, de trouble dysthymique, de trouble dépressif majeur récurrent, de trouble douloureux et de multiples antécédents chirurgicaux. Au vu de la chronicité et de la gravité des troubles, de l'importance de la comorbidité et des atteintes physiques et psychiques, l'incapacité de travail était totale.

Dans son rapport à l'OAI du 12 mai 2011, le Dr L._____ a estimé que l'assurée pouvait tout au plus exercer une activité à 30 % comme standardiste. Il observait qu'elle souffrait de douleurs résiduelles de la ceinture scapulaire, de la ceinture pelvienne, dans les genoux et le dos. Polyopérée sur un plan orthopédique, elle avait une tolérance relativement basse pour tout déplacement et toute activité.

A la demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie. Dans son rapport d'expertise du 11 novembre 2011, ce médecin a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant et de personnalité abandonnique (dépendante) avec traits histrioniques. Il a retenu l'absence de véritable comorbidité psychiatrique, de cristallisation psychique et d'isolement social, en ajoutant que l'assurée avait des ressources psychologiques. Du point de vue psychiatrique, elle était capable de travailler à 100 % dans une

activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un avis médical du 23 novembre 2011, le Dr H. _____ du SMR a relevé que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique susceptible d'influencer durablement la capacité de travail, observant que la capacité de travail exigible était inchangée.

Par décision du 6 décembre 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente, en retenant notamment qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

L'intéressée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Par arrêt du 27 novembre 2012 (cause AI 26/12 - 380/2012), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision du 6 décembre 2011. En substance, elle a retenu que l'intéressée ne présentait pas de limitation de sa capacité de travail sur le plan psychique au vu de l'examen clinique effectué par le Dr F. _____. Sur le plan somatique, elle a reconnu une pleine valeur probante au rapport d'examen du Dr C. _____, qui avait procédé à un examen complet des atteintes présentées par l'intéressée (notamment pour l'incontinence). L'assurée présentait dès lors une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée et n'avait donc pas droit à une rente d'invalidité. Cet arrêt n'a pas été contesté et est entré en force.

d) Dans un courrier du 1^{er} janvier 2013 à l'OAI, l'intéressée a expliqué qu'elle avait subi trente opérations, dont dix au niveau du dos et trois d'éventration, qu'elle était incontinente à 80 %, que sa jambe gauche était insensible et qu'elle souffrait d'anorexie. Elle a demandé l'octroi d'une rente.

Le 19 février 2013, l'OAI a invité l'assurée à lui remettre tout document médical permettant le cas échéant de rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité. L'intéressée n'a adressé aucun document à l'OAI.

Par projet de décision du 2 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de rente, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

Dans un rapport du 22 avril 2013 à l'OAI, le Dr Q._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de status après de nombreuses interventions orthopédiques, de séquelles de hernie, d'incontinence urinaire mixte et d'incontinence fécale. Il a indiqué que l'assurée devait aller très régulièrement aux toilettes et devait parfois y rester 10 à 20 minutes pour expulser ses selles. Il a retenu une incapacité de travail de 100 % ainsi qu'un pronostic défavorable.

Le 30 avril 2013, l'OAI a relevé que la précédente demande de prestations avait déjà fait l'objet d'une instruction pour les problèmes d'incontinence, de sorte que le rapport du Dr Q._____ ne faisait pas état d'un problème nouveau.

Dans ses observations du 7 mai 2013, l'assurée a expliqué que son état de santé s'était modifié depuis le dépôt de sa demande d'octobre 2006, dès lors qu'elle avait subi quatorze opérations avec quatorze narcoses complètes, avec comme conséquence le port d'un appareil orthopédique à la jambe gauche. Elle avait actuellement deux éventrations et une instabilité ventrale et elle souffrait d'incontinence urinaire et fécale.

Par décision du 16 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet du 2 avril 2013 de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dans une lettre du même jour, il a informé l'assurée que les affections qu'elle avait mentionnées avaient déjà fait l'objet d'une instruction et d'une prise de position, à savoir la décision du 6 décembre

2011. Il a ajouté qu'elle n'avait pas établi, avec les éléments nouvellement déposés, que l'invalidité s'était modifiée depuis cette décision.

Le 23 mai 2013, l'intéressée a recouru contre la décision du 16 mai 2013 auprès de la Cour de céans. Elle a notamment soutenu qu'elle était incontinente, qu'elle devait aller aux toilettes environ trois heures par jour, qu'elle marchait avec une canne, que son genou gauche ne se pliait pratiquement pas et qu'elle était anorexique.

Le 20 juillet 2013, l'assurée a notamment produit une convocation du 28 mai 2013 du Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, annonçant que sa date d'entrée à l'Hôpital N._____ était fixée au 12 août 2013, l'intervention chirurgicale ayant lieu le lendemain.

Par arrêt du 17 septembre 2013 (cause AI 146/13 - 234/2013), la Cour de céans a rejeté le recours et confirmé la décision du 16 mai 2013. En substance, elle a retenu que l'intéressée n'avait pas établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations du 6 décembre 2011.

Par courrier du 30 novembre 2013 adressé au Tribunal fédéral, l'intéressée a déclaré qu'elle maintenait son recours.

Par arrêt du 27 décembre 2013 dans la cause 9C_892/2013, le Tribunal fédéral n'est pas entré en matière sur l'écriture précitée dans la mesure où elle était dirigée contre l'arrêt de la Cour de céans et a transmis dite écriture à l'OAI.

B. Par courrier du 1^{er} août 2015 adressé à l'OAI, l'assurée a demandé une rente complète d'invalidité, indiquant avoir subi des opérations, des éventrations, avec quatorze narcoses totales en 2007. Elle a également mentionné le port d'une prothèse au genou et au dos, de même que la présence de caillots dans l'aorte et une suspicion d'accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC).

Le 11 août 2015, l'OAI a informé l'assurée que si elle souhaitait voir sa situation à nouveau examinée, elle devait lui faire parvenir une nouvelle demande, accompagnée de rapports médicaux.

Le 1^{er} septembre 2015, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 31 août 2005. Les coordonnées du Dr J._____ figuraient sous la rubrique correspondant au médecin traitant actuellement l'assurée. Dans une note manuscrite, ce médecin a mentionné une prothèse unicompartimentale au genou gauche pour arthrose posée en août 2013, ainsi qu'une déchirure partielle du tendon rotulien en février 2015.

A la demande de l'OAI, le Dr J._____ a établi un rapport le 11 novembre 2015, dans lequel il a posé le diagnostic de gonarthrose du genou gauche sur le compartiment fémoro-tibial interne, existant depuis avant 2006. Il a exposé avoir suivi l'assurée du 29 avril 2013 au mois de mars 2015, avec un dernier contrôle le 12 février 2015. Au titre de l'anamnèse, il a indiqué une lésion du tendon rotulien en février 2015 et, comme constat médical, un hématome à la face antérieure du genou gauche. Le pronostic était bon. L'assurée ne suivait actuellement aucun traitement. S'agissant de la capacité de travail, le Dr J._____ a mentionné que l'intéressée n'avait, à sa connaissance, pas d'activité lucrative. Il n'y avait pas besoin d'utiliser des moyens auxiliaires.

Le 4 mai 2016, l'assurée a écrit à l'OAI, déplorant l'absence de réponse de sa part.

Par courrier du 11 mai 2016, l'OAI a informé l'intéressée qu'il avait soumis son dossier au SMR et qu'il n'était pas encore en mesure de notifier un projet de décision.

Par avis médical du 25 mai 2016, le Dr M._____ du SMR a fait état de ce qui suit :

« Assurée suisse de 54 ans, mariée. Elle ne travaille plus depuis plus de 10 ans et sa dernière activité connue était celle d'opératrice réceptionniste. Il s'agit d'une nouvelle demande du 01.09.2015 suite à un refus de prestations [recte : refus d'entrer en matière] en mai 2013.

La demande est accompagnée d'un rapport médical du chirurgien orthopédique qui mentionne une gonarthrose du genou gauche et une lésion du tendon rotulien en février 2015 sans autre description de limitation ou répercussion sur la capacité de travail par le médecin (rapport médical du Dr J. _____ du 11.11.2015). Cette atteinte était déjà connue en 2008 et avait notamment été considérée par le Dr C. _____ dans son examen rhumatologique au SMR du 30 juillet qui avait retenu des limitations fonctionnelles appropriées. Ces limitations qui restent identiques ne devraient pas affecter la dernière activité de l'assurée comme réceptionniste. Dans l'état actuel de notre information médicale une aggravation de la situation de l'assurée n'a donc pas été rendue plausible et il n'est pas justifié médicalement d'entrer en matière. »

Par projet de décision du 31 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué que les atteintes mentionnées dans le rapport du Dr J. _____ étaient déjà connues et avaient été retenues dans l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR. Sa situation médicale n'avait dès lors pas significativement changé par rapport à celle existant lors de la décision du 6 décembre 2011.

Par courrier du 31 mai 2016 à l'OAI, l'assurée a signalé avoir eu deux AVC en 2015, mentionnant que des informations pouvaient être demandées auprès du Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale. Elle a également fait état de problèmes d'incontinence urinaire et fécale, ainsi que de la nécessité de demander de l'aide pour effectuer son ménage, ses courses et ses déplacements.

Par lettre du 13 juin 2016 à l'OAI, l'assurée s'est étonnée que ses deux AVC n'avaient pas été pris en compte.

Par courrier du 21 juin 2016, l'OAI a informé l'intéressée que son projet de décision du 31 mai 2016 se fondait sur les informations médicales du Dr J. _____, seul médecin mentionné dans la demande de

prestations du 1^{er} septembre 2015, qui n'avait pas évoqué d'AVC. Il lui a imparti un délai pour déposer d'autres éléments médicaux.

Le 28 juin 2016, le Dr P._____ a communiqué à l'OAI un rapport du 26 novembre 2015 que lui avait adressé le Dr V._____, spécialiste en neurologie, à la teneur suivante :

« **Rappel anamnestique**

Patiente de 54 ans. Son seul facteur de risque cardiovasculaire est un tabagisme chronique. En octobre 2015 elle a présenté pendant 10 minutes un hémisyndrome sensitivomoteur droit, et une dysarthrie, avec une impression de parler avec "10 chewing-gum" dans la bouche. Depuis lors, il persiste quelques paresthésies dans les trois premiers doigts de la main droite et une maladresse de la main droite avec tendance à lâcher les objets.

L'IRM cérébrale du 30.10.2015 a mis en évidence une lésion ischémique lacunaire du bras postérieur de la capsule interne gauche.

Dès lors la patiente a été mise au bénéfice d'un traitement d'Aspirine.

Tu m'as mentionné un bilan cardiaque fonctionnel normal en 2009.

Le status neurologique détaillé est normal à l'exception d'une hypoesthésie sur la pulpe des trois premiers doigts à droite.

Examen neurosonologique (cf. documents annexés)

Le Doppler précérébral est normal. L'examen Triplex met en évidence une athéromatose étagée aux deux bifurcations, très discrète et peu sténosante, un peu plus marquée à gauche.

EMG (cf. rapport détaillé annexé)

ENG [recte : EMG] du nerf médian droit normal.

Appréciation

Cette patiente a donc présenté un AVC lacunaire gauche en octobre 2015 documenté sur le plan neuroradiologique, et s'étant manifesté par une aphasie transitoire et un hémisyndrome sensitivomoteur droit. Depuis lors il persiste des troubles sensitifs dans les trois premiers doigts de la main droite. L'examen électrophysiologique permet d'exclure un syndrome du tunnel carpien.

Sur le plan étiologique il s'agit vraisemblablement d'une embolie artérielle chez cette patiente qui présente une athéromatose carotidienne, mais peu sévère et peu sténosante, un peu plus marquée à gauche.

A l'heure actuelle, il n'y a donc pas d'autre mesure à envisager que l'antiagrégation plaquettaire que tu as d'ores et déjà introduite. »

Par avis médical du 20 juillet 2016, le Dr M._____ du SMR a exposé que les AVC mentionnés par l'intéressée constituaient une atteinte

médicale nouvelle, rendant plausible une aggravation de l'état de santé. Un rapport devait dès lors être demandé au neurologue.

Dans un rapport du 8 septembre 2016, le Dr V. _____ a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de status après AVT [recte : AVC] en octobre 2015 et de neuropathie [peu lisible : cubitale] au coude opérée en 2000 et 2004. Il a indiqué avoir suivi cette patiente du 7 juillet 2000 au 26 novembre 2015, date de la dernière consultation. Le pronostic était bon. Il n'a mentionné aucune incapacité de travail, précisant qu'il n'y avait pas de restrictions sur l'activité exercée au plan neurologique. Le Dr V. _____ a notamment annexé un rapport du 7 juillet 2000 dans lequel il posait le diagnostic de neuropathie cubitale gauche au niveau de la gouttière épitrochléenne. Etaient également joint son rapport du 28 janvier 2011, mentionnant une opération en 2000 et en 2004 pour une neuropathie cubitale au coude, ainsi qu'une opération pour un syndrome du tunnel carpien à gauche. Il constatait que les paramètres électrophysiologiques du nerf ulnaire gauche ne s'étaient pas modifiés de manière significative et que l'on retrouvait comme seule anomalie une réponse sensitive un peu basse. Il précisait qu'à droite, l'examen clinique était normal et qu'un syndrome du tunnel carpien et une neuropathie ulnaire étaient exclus.

Par avis médical du 18 octobre 2016, le Dr M. _____ du SMR s'est déterminé comme suit :

« L'assurée n'ayant mentionné dans sa demande que l'arthrose du genou G [gauche] déjà connue de longue date et une atteinte du tendon rotulien sans autre information, un projet de décision de ne pas entrer en matière a été adressé à l'assurée le 31 mai 2016. L'assurée conteste ce projet et nous adresse une information relative à deux AVC dont elle aurait été victime en 2015, élément non connu jusqu'alors. Devant cette atteinte médicale nouvelle rendant plausible une aggravation de l'état de santé, nous sommes entrés en matière et avons demandé un rapport médical complet au neurologue qui a pris en charge cet accident. Le neurologue retient en fait un seul accident ischémique transitoire en octobre 2015, vraisemblablement d'origine artérielle, qui a provoqué un hémisyndrome sensitivo-moteur droit de 10 minutes et une dysarthrie transitoire également. Les seules séquelles sont une hypoesthésie des trois premiers doigts de la main D [droite]. Le reste du status neurologique est totalement normal. L'assurée a été

mise sous traitement préventif anticoagulant par aspirine. Le neurologue ne signale aucune autre atteinte, à part la neuropathie du coude G opérée en 2004 et bien connue au dossier. Le dernier rapport du 08.09.2016 ne retient aucune limitation fonctionnelle neurologique et la capacité de travail dans l'activité habituelle de réceptionniste est estimée entière par le neurologue (Dr V. _____ du 08.09.2016).

Dans la mesure où cette atteinte neurologique vasculaire, très transitoire, est sans séquelle incapacitante selon l'avis du spécialiste et qu'elle constituait le seul élément médical nouveau à considérer dans le cadre d'une éventuelle péjoration de l'état de santé de l'assurée, l'instruction médicale peut être close à ce stade. A ce jour la CT [capacité de travail] de l'assurée dans son ancienne activité habituelle reste de 100 %. »

Par décision du 25 octobre 2016, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, il a expliqué que les atteintes relevées par le Dr J. _____ avaient déjà été retenues dans l'évaluation médicale du SMR lors de l'examen rhumatologique. En outre, le Dr V. _____ avait mentionné une atteinte neurologique vasculaire, très transitoire, sans séquelles incapacitantes et avait reconnu une entière capacité de travail. L'OAI a indiqué que la contestation de l'assurée n'apportait dès lors aucun élément susceptible de modifier sa position.

C. Par acte daté du 7 novembre 2016, réceptionné le 11 novembre 2016 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, B. _____ a recouru contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente. Elle soutient qu'elle souffre d'une parésie sur tout le côté droit et qu'elle ne se déplace qu'à l'aide d'une canne ou en chaise roulante. En outre, elle fait valoir qu'elle s'est vue poser deux prothèses lombaires, une prothèse au genou gauche, une vis dans l'articulation des deux épaules, ainsi que trois filets abdominaux pour cause d'éventrations multiples. Elle ajoute avoir fait deux AVC et être également anorexique. Elle a joint à son écriture la décision litigieuse, portant ses annotations manuscrites, en particulier qu'elle ne peut rien porter et qu'elle passe entre deux et trois heures aux toilettes par jour.

Dans sa réponse du 17 janvier 2017, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Se référant aux avis des 25 mai, 20 juillet et 18 octobre 2016 du SMR, il constate que l'invalidité de la

recourante ne s'est pas modifiée de façon significative depuis la décision du 6 décembre 2011. Il précise que les rapports établis par le Dr J. _____ en 2015, seul médecin qui suivait l'intéressée selon la demande de prestations du 1^{er} septembre 2015, n'ont pas fait état de diagnostics ou de limitations susceptibles d'entraver la capacité de travail. Quant aux autres éléments, ils étaient déjà connus lors de la décision de décembre 2011.

Par réplique du 1^{er} février 2017, l'intéressée a expliqué n'avoir jamais été convoquée à Vevey [réd. : à l'OAI] en 2016. Elle a par ailleurs indiqué que le Dr L. _____ avait établi un rapport pour l'obtention d'une chaise roulante, et qu'il avait aussi cité les deux prothèses lombaires et les vis aux épaules. Quant au rapport du Dr V. _____, il mentionnait des séquelles persistantes. Les troubles alimentaires avaient débuté en 2014. Elle estimait que le « compte-rendu » de l'intimé ne contenait pas tous les rapports médicaux reçus par ce dernier. Elle a produit un CD-Rom de la Clinique K. _____ contenant une échographie du genou gauche réalisée le 16 février 2015, de même qu'un rapport daté du même jour adressé au Dr J. _____ par le Dr R. _____, spécialiste en radiologie, lequel a conclu à une absence d'évidence de rupture du tendon rotulien et une probable séquelle d'hématome pararotulien externe. Etait également joint un CD-Rom d'imagerie cérébrale du G. _____ du 30 octobre 2015.

Par duplique du 27 février 2017, l'intimé maintient ses conclusions. Il indique que le fauteuil roulant a fait l'objet d'une décision de refus de prise en charge du 23 novembre 2009, confirmée par la Cour de céans. Il ajoute que les Drs J. _____, V. _____ et P. _____ ne font pas état d'une problématique de santé qui justifierait, dans une activité adaptée, une incapacité de travail supérieure à celle retenue dans sa décision du 6 décembre 2011. Par ailleurs, les deux CD-Roms étaient connus du Dr L. _____ lorsqu'il a retenu une entière capacité de travail dans l'activité de réceptionniste.

Par déterminations du 23 mars 2017, la recourante expose que les rapports des médecins contactés par ses soins faisaient état de deux AVC avec séquelles. Elle précise qu'il s'agit d'un manque de force et de

réflexe sur les membres inférieurs et supérieurs, une incontinence urinaire et fécale, ainsi que d'autres restrictions, telles que le fait de ne pas pouvoir rester assise ou debout plus de 30 minutes d'affilée.

Par déterminations du 4 avril 2017, l'intimé constate l'absence, au dossier, de pièces médicales susceptibles d'étayer les déclarations de la recourante.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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 let. a LPA-VD).

c) 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.

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 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le présent litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 1^{er} septembre 2015. Il porte singulièrement sur le point de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision rendue le 6 décembre 2011 – à savoir 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 – et la décision attaquée.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

4. 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 (cf. art.

8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 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 de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent 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 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi 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 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre 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, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible 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 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

5. En l'occurrence, à l'appui de sa nouvelle demande déposée le 1^{er} septembre 2015, la recourante a fait valoir que son état s'était aggravé. Le Dr J._____ a indiqué sur ladite demande qu'elle portait une prothèse unicompartimentale du genou gauche en raison d'arthrose, opération effectuée en août 2013, et qu'elle avait présenté en février 2015 une déchirure partielle du tendon rotulien.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente - soit la décision du 6 décembre 2011, confirmée par arrêt du 27 novembre 2012 de la Cour de céans - et la décision litigieuse du 25 octobre 2016, l'état de santé de la recourante s'est modifié dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité.

Dans son rapport du 11 novembre 2015, établi à la demande de l'OAI, le Dr J._____ a posé le diagnostic de gonarthrose du genou gauche sur le compartiment fémoro-tibial interne existant depuis avant 2006. Au titre de l'anamnèse, il a indiqué une lésion du tendon rotulien en février 2015 et, comme constat médical, un hématome à la face antérieure du genou gauche. Ce médecin n'a pas fourni d'avantage d'informations quant à ces atteintes. Il a cependant exposé qu'il n'y avait plus de traitement en cours et qu'il ne suivait plus la recourante, le dernier contrôle ayant été effectué le 12 février 2015. Par ailleurs, il a indiqué que le pronostic était bon. S'agissant plus particulièrement de la gonarthrose du genou gauche, ainsi que le relève le Dr M._____ du SMR dans son avis médical du 25 mai 2016, cette atteinte n'est pas nouvelle et était déjà connue en 2008. Elle a été prise en compte par le Dr C._____ du SMR lorsqu'il a déterminé les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de la recourante dans son rapport du 8 août 2008, sur lequel s'est notamment fondé l'intimé pour rendre la décision du 6 décembre 2011. Le rapport du Dr J._____ n'est dès lors pas de nature à attester d'une péjoration de l'état de santé de l'intéressée depuis la décision précitée.

La recourante a en outre reproché à l'intimé en cours de procédure de ne pas avoir investigué la question des AVC qu'elle avait subis en 2015. Elle lui a fait parvenir un rapport du 26 novembre 2015 du Dr V._____, duquel il ressortait qu'elle avait présenté un AVC lacunaire gauche en octobre 2015 et qu'il persistait des troubles sensitifs dans les trois premiers doigts de la main droite. L'intimé a alors interpellé ce spécialiste, qui a exposé que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, qu'il n'y avait pas de restrictions du point de vue neurologique et que le pronostic était bon (cf. rapport du 8 septembre 2016). Ainsi que l'a soutenu la recourante, le Dr V._____ a fait état de séquelles, à savoir des troubles sensitifs dans certains doigts. Toutefois, ce spécialiste a estimé que cela n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Ceci a d'ailleurs été relevé par le Dr M._____ du SMR, qui a noté que l'atteinte neurologique vasculaire, très transitoire, était restée selon l'avis du Dr V._____ sans séquelle incapacitante, et que la capacité de

travail dans l'activité habituelle demeurerait inchangée (cf. avis médical du 18 octobre 2016).

Le rapport du 8 septembre 2016 du Dr V. _____ indiquait également une neuropathie au coude opérée en 2000 et en 2004. Outre le fait que ce spécialiste ait mentionné que la capacité de travail de la recourante était totale, cette atteinte était déjà connue de l'intimé lorsqu'il a rendu sa décision du 6 décembre 2011. En effet, elle a été prise en compte par le Dr C. _____ du SMR dans son rapport du 8 août 2008. Les rapports du Dr V. _____ ne sont ainsi pas de nature à attester que l'état de santé de l'intéressée s'est dégradé depuis la décision précitée dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressée a encore fait valoir qu'elle souffrait d'autres atteintes, telles une incontinence urinaire et fécale, et qu'elle s'était vue poser des prothèses lombaires, des filets abdominaux pour cause d'éventrations multiples, ainsi que des vis aux épaules. Or, ces différentes atteintes ne sont, elles aussi, pas nouvelles. Dans son rapport du 8 août 2008, le Dr C. _____ du SMR a en effet retenu que la recourante s'était faite opérer de l'épaule droite (diagnostic de périarthrite scapulo-humérale droite avec déchirure partielle tendineuse du muscle sus-épineux, conflit sous-acromial et status après opération), ainsi que de l'épaule gauche (périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiante avec status après opération). Il a aussi indiqué qu'elle avait subi de multiples opérations rachidiennes, dont la pose de prothèses discales L4-L5 et L5-S1. En outre, il a notamment retenu qu'elle souffrait de diarrhées et d'une incontinence fécale dans le cadre d'un status après trois opérations bariatriques, ainsi que d'une récurrence d'éventration de l'hémiabdomen gauche après cure de deux éventrations. Il a également mentionné une incontinence urinaire à l'effort. Ainsi, les atteintes alléguées par la recourante ne permettent pas de justifier une aggravation de son état de santé depuis la décision du 6 décembre 2011.

Il en va de même des troubles alimentaires invoqués par l'intéressée, qui ne sont pas non plus nouveaux. En effet, la Dresse W._____ avait déjà diagnostiqué, dans son rapport du 27 avril 2011, un trouble des conduites alimentaires non spécifié. La spécialiste a en particulier noté que l'intéressée avait perdu 18 kgs en quelques mois vers l'âge de 18 ans, puis que les troubles du comportement alimentaire s'étaient aggravés pendant les deux grossesses avec une prise d'une quarantaine de kgs à chacune d'elle. La Dresse W._____ a ajouté qu'à la suite de la pose d'un anneau gastrique, le poids de l'intéressée avait continué à varier de manière importante et que sa patiente se plaignait actuellement de ne plus pouvoir avaler d'aliments solides, et d'avoir perdu beaucoup de poids.

La recourante a en outre soutenu souffrir d'une parésie sur tout le côté droit et nécessiter une canne ou une chaise roulante pour se déplacer. Elle s'est fondée sur une ordonnance établie par le Dr L._____ le 20 janvier 2009, sur laquelle il avait noté le terme « définitive ». Toutefois, par arrêt du 28 juillet 2011, la Cour de céans a déjà considéré que la remise d'un fauteuil roulant ne se justifiait pas sur le plan médical (cause AI 577/09 - 381/2011 consid. 4). Par la suite, mise à part l'indication du Dr L._____ que l'intéressée, polyopérée sur un plan orthopédique, avait une tolérance relativement basse pour tout déplacement (cf. rapport du 12 mai 2011), les atteintes et restrictions alléguées par la recourante ne ressortent pas des pièces médicales au dossier. En particulier, dans son rapport du 11 novembre 2015, le Dr J._____ n'a pas fait de constatation en ce sens, mentionnant par ailleurs qu'il n'y avait aucun besoin d'utiliser des moyens auxiliaires. Quant au Dr V._____, il a uniquement noté quelques paresthésies dans les trois premiers doigts de la main droite et une maladresse de cette main (cf. rapport du 26 novembre 2015).

Enfin, les limitations fonctionnelles dont s'est plainte la recourante, tel le fait de ne pas pouvoir rester assise ou debout plus de 30 minutes d'affilée, ont pour l'essentiel déjà été retenues par le Dr C._____ dans son rapport du 8 août 2008. Ce spécialiste a en effet décrit

de nombreuses limitations fonctionnelles, notamment la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, de même que des restrictions quant au lever et au port de charges (p. 7). Ces limitations ne sont ainsi pas nouvelles.

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a considéré, dans la décision attaquée, que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision du 6 décembre 2011 dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 25 octobre 2016 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 mis à la charge de B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B._____
- 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 :