

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 juillet 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, agissant par sa curatrice W.\_\_\_\_\_, à [...],  
elle-même représentée par Procap, à Bienne,

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.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1966, au bénéfice d'une formation d'employée de commerce, a effectué à diverses reprises des remplacements de durée déterminée en tant que vendeuse, nettoyeuse et ouvrière d'usine. Depuis la naissance de son fils en 1989, elle est femme au foyer.

Le 18 novembre 1997, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une obésité morbide et d'un état dépressif.

Dans un rapport du 7 juillet 1998, le Dr V. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'intéressée, a posé les diagnostics d'obésité morbide, d'état anxieux, ainsi que d'intelligence limitée. Il a fait état d'un poids de 168,8 kg pour une taille de 1 m 60, soit un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 60. La patiente refusait d'entreprendre une prise en charge plus serrée de son problème. Elle avait beaucoup de difficultés à trouver un emploi au vu de l'obésité morbide.

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 octobre 1998, l'enquêtrice a indiqué que l'assurée présentait un statut de ménagère à 50 % et d'active (hypothétique) à 50 %. Elle a évalué le taux d'empêchement dans l'activité ménagère à 15,05 %.

Dans un rapport du 15 décembre 1998, le Dr V. \_\_\_\_\_ a exposé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et que le poids de cette dernière s'élevait à 166 kg. Elle pourrait disposer d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

L'OAI a mandaté le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et I. \_\_\_\_\_, psychologue, afin d'effectuer une expertise psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport du 9 février 2000, ils ont

posé les diagnostics d'obésité morbide, de trouble de la personnalité (F60.9) et de récurrence de troubles anxieux (F41.9). Ils ont indiqué que le poids de l'intéressée oscillait entre 146 kg et 160 kg. Au chapitre de la discussion, ils ont retenu ce qui suit :

« Il s'agit donc d'une femme de trente-quatre ans, chez qui les expériences d'activités lucratives ont toutes été de courte durée : en effet, c'est majoritairement en tant que remplaçante qu'elle a travaillé, et ce avec de constants changements d'employeur ; ce cursus professionnel revêt donc une apparence fort morcelée, sans possibilité d'activités lucratives de longue ni même de moyenne durée, et ce chez une femme qui, outre n'avoir à son actif aucun CFC, est fortement handicapée s'agissant d'un domaine dans lequel elle pourrait exercer une activité lucrative, en raison de l'aspect esthétique ainsi que du manque de mobilité provoqué par la surcharge pondérale.

Nos investigations montrent que s'intriquent à ces aspects somatiques un trouble de la personnalité à la base d'une récurrence d'épisodes anxieux, en général réactionnels à des difficultés relationnelles et/ou existentielles. Par ailleurs, les aspects psychiques et somatiques sont indissociables dans la mesure où, si l'obésité constitue certes un handicap, elle constitue parallèlement une protection en regard de la structure psychotique, c'est-à-dire en regard d'une identité toujours menacée d'un morcellement potentiel ; dans une compréhension psychodynamique, l'obésité constitue une fonction de protection, de frontières substitutives à des limites du Moi fragiles ; d'ailleurs, l'expertisée ne paraît pas convaincue de la nécessité de maigrir.

Quant au fait que, sur le plan clinique, Mme D. \_\_\_\_\_ peut donner l'impression de présenter un déficit intellectuel - alors que lorsqu'on investit à l'aide de tests psychologiques, le fonctionnement de l'intelligence, cette efficacité est de niveau normal/faible - on peut comprendre que cette impression d'insuffisance intellectuelle est suggérée en raison du fonctionnement cognitif dysharmonique, caractéristique des structures psychotiques. Il n'en reste pas moins que cette organisation de personnalité psychotique diminue l'efficacité mesurée de Mme D. \_\_\_\_\_ dans le sens que l'expertisée est entravée dans l'utilisation de ce potentiel intellectuel théorique par les processus de pensées psychotiques. »

Les experts ont indiqué qu'en raison de l'imbrication des aspects psychiques, à savoir un aménagement de la personnalité organisée autour d'une problématique psychotique, et des aspects somatiques, ils estimaient la capacité de travail de l'assurée à 50 %. S'agissant de l'amélioration de cette capacité par des mesures médicales, ils ont exposé que théoriquement, après l'échec manifeste des différents régimes que disait avoir entrepris l'expertisée, un traitement plus radical

et plus invasif de l'obésité pourrait être envisagé. Toutefois, l'intéressée ne semblait pas vouloir mettre en œuvre quoi que ce soit pour perdre du poids. En outre, l'obésité avait une fonction importante dans l'économie psychique de l'assurée, laquelle serait susceptible de se désorganiser si elle perdait du poids. La possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales paraissait ainsi inexistante. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, les experts ont relevé qu'ils pourraient imaginer une activité d'ouvrière d'usine, à condition que celle-ci puisse être effectuée en position assise. Les troubles anxieux associés au trouble de la personnalité pouvaient cependant rendre difficile pour l'assurée de s'engager dans un travail, d'y être assidue et de le poursuivre. Dans ce contexte, un travail en atelier protégé serait peut-être la solution la plus réaliste.

Dès le courant de l'année 2000, l'assurée a bénéficié d'une tutelle volontaire qui, à la suite de modifications législatives en la matière, a été transformée en curatelle de portée générale (cf. courrier du 17 décembre 2009 et ordonnance du 29 janvier 2015 de la Justice de paix du district de [...]).

Le 5 septembre 2000, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a expliqué que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique qui puisse être considérée comme invalidante. Il en allait de même de l'obésité.

Par décision du 13 octobre 2000, confirmant un projet du 22 septembre 2000, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Cette décision est entrée en force.

Dans un rapport du 18 mars 2002 adressé au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'intéressée, les Drs M.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, psychiatres, ont posé les diagnostics d'hyperphagie boulimique (F50.4), de troubles de la personnalité à traits borderline (F60.9) et de dysthymie (F34.1). La

patiente pesait actuellement 184 kg pour une taille de 163 cm. Leur investigation ne leur avait pas permis de mettre en évidence une contre-indication absolue à une gastroplastie, soit la pose d'un bypass gastrique. L'assurée ne présentait en particulier pas de symptôme psychotique floride.

En novembre 2002, l'intéressée a subi une gastroplastie. Son poids s'élevait à 195 kg (cf. rapport du 24 novembre 2011 du Dr P.\_\_\_\_\_).

**B.** Le 6 novembre 2009, l'assurée, par son tuteur, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une gastroplastie consécutive à une obésité morbide, d'un début d'arthrose, ainsi que d'un taux de fer faible.

Dans un rapport du 24 novembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles de la personnalité à traits borderline (F60.9), de récurrence de troubles anxieux (F41.9), de dysthymie (F34.1), de status après bypass gastrique pour super-obésité (195 kg, IMC 74), d'obésité résiduelle de classe III après bypass gastrique (132 kg, IMC 50), ainsi que d'anomalie chromosomique - soit une microdéletion sur le chromosome 16 - probablement associée aux troubles psychologiques. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité totale de travail. Il a expliqué qu'après le bypass gastrique, sa patiente avait perdu un total de 87 kg. Le poids minimum de 108 kg avait été atteint à la troisième année postopératoire, soit en 2005. Depuis lors, elle avait repris environ 25 kg. Il restait une obésité résiduelle considérable, avec un poids actuel de 134 kg. Par ailleurs, le fils de l'assurée présentant des troubles de la personnalité, le Service de génétique médicale du L.\_\_\_\_\_ avait effectué une recherche génétique auprès de cette dernière et avait mis en évidence une délétion du chromosome 16. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a également joint à son rapport un courrier du 7 avril 2009 des Drs F.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du Service de génétique médicale du L.\_\_\_\_\_, exposant que cette délétion était généralement responsable de troubles cognitifs légers et qu'une surcharge pondérale sévère avait aussi été rapportée.

L'OAI a mandaté le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 8 juin 2010, il a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) et a indiqué que cette capacité était totale dans toute activité. Il a exclu le diagnostic de trouble de la personnalité posé par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son expertise de février 2000, expliquant que le tableau clinique présenté par l'assurée, qui semblait superposable à celui de l'époque, relevait de la structure de la personnalité et non d'un trouble de la personnalité. En outre, il n'avait pas trouvé de critères de ce type de diagnostic. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également exclu le diagnostic de récurrence de troubles anxieux retenu par le Dr N.\_\_\_\_\_, car l'intéressée se déclarait indemne de pathologie anxieuse et assurait que son état n'avait pas varié depuis 2000. Par ailleurs, il avait pris contact avec le Service de génétique du L.\_\_\_\_\_, lequel lui avait indiqué que l'appréciation des conséquences cliniques de l'anomalie chromosomique représentait un travail de recherche débutant. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a ajouté qu'il ressortait des documents scientifiques transmis par ce Service, joints en annexe à l'expertise, qu'aucune conséquence clinique absolue ne pouvait être reportée directement à cette anomalie. Au demeurant, le test de quotient intellectuel (QI) effectué lors de l'expertise de février 2000 avait révélé des résultats dans la norme. Le poids de l'assurée se montait à 136 kg.

Dans un rapport du 8 juillet 2010, la Dresse T.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu en tant que diagnostics ne ressortant pas de l'AI une dysthymie (F34.1), une obésité résiduelle de classe III, un status après bypass gastrique pour super-obésité, ainsi qu'une anomalie chromosomique 16. La capacité de travail était totale dans toute activité accessible au niveau de formation et d'expérience de l'intéressée.

Par décision du 28 septembre 2010, confirmant un projet du 13 juillet 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif qu'il n'existait aucune atteinte à la santé invalidante, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Cette décision est entrée en force.

**C.** Le 5 avril 2016, l'intéressée, par sa curatrice W.\_\_\_\_\_, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant, quant au genre de l'atteinte, une obésité morbide, des problèmes aux genoux, de l'hypertension, ainsi que de l'arthrose. L'atteinte existait depuis 25 ans, mais son état s'était aggravé ces dix dernières années.

Le 7 avril 2016, l'OAI a imparti un délai de trente jours à l'assurée, par sa curatrice, pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision.

Dans un rapport du 28 avril 2016 à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée avait été opérée d'un bypass gastrique en novembre 2002 pour une super-obésité avec un poids de 195 kg. L'évolution initiale avait été favorable, avec une perte maximum de 86 kg dans le courant de la deuxième année postopératoire. Par la suite, elle avait repris progressivement du poids, mais avait pu rester stable aux environs de 140 kg à partir de la septième année postopératoire. En février 2014, elle avait repris une vingtaine de kilos supplémentaires et pesait 166 kg. L'aggravation de l'état de santé concernait la prise pondérale observée entre juillet et décembre 2015, le poids ayant passé de 169 kg à 184 kg. Avec un tel poids, sa patiente n'arrivait pratiquement plus à se déplacer. Dans ce contexte, elle avait présenté un ulcère pré tibial gauche sur un traumatisme minime survenu en mars 2016. L'hypertension artérielle s'était également aggravée. Avec cette prise pondérale, l'assurée n'était plus en mesure d'avoir la moindre activité professionnelle. Pour finir, le Dr P.\_\_\_\_\_ a rappelé les diagnostics posés dans son dernier rapport, à savoir des troubles de la personnalité à traits borderline (F60.9), une récurrence des troubles anxieux (F41.9), une dysthymie (F34.1), ainsi qu'une anomalie chromosomique, à savoir une microdélétion sur le chromosome 16, probablement associée aux troubles psychologiques.

Par avis médical du 6 décembre 2016, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a énoncé que même si l'assurée souffrait d'une obésité plus que

majeure, son poids était actuellement à 184 kg, soit le même qu'en 2002. Par ailleurs, le Dr P.\_\_\_\_\_ diagnostiquait des psychopathologies qui n'étaient pas attestées par un spécialiste. Il n'y avait objectivement pas de modification de l'atteinte à la santé par rapport à ce qui prévalait lorsque la décision du 28 septembre 2010 avait été rendue.

Par décision du 7 février 2017, confirmant un projet du 8 décembre 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 5 avril 2016. L'OAI a expliqué que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable une modification essentielle de sa situation. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

**D.** Par acte du 20 mars 2017, D.\_\_\_\_\_, par sa curatrice W.\_\_\_\_\_, elle-même représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée le 5 avril 2016. Elle a fait valoir qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations rendue en 2010. En effet, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait indiqué dans son rapport du 28 avril 2016 qu'une prise de poids significative était survenue depuis 2010, où le poids de sa patiente s'élevait à 134 kg, alors qu'il se montait actuellement à 184 kg. Selon ce médecin, l'obésité était invalidante et entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité. La recourante a ajouté qu'elle s'était soumise à la pose d'un bypass gastrique, ce qui démontrait que les mesures exigibles permettant de réduire les conséquences de l'obésité sur sa capacité de gain avaient déjà été prises et s'étaient soldées par un échec. Par ailleurs, l'obésité remplissait les conditions pour une prise en charge par l'assurance-invalidité, car elle était la conséquence directe d'une autre atteinte, soit une anomalie sur le chromosome 16. Il ne ressortait pas clairement du dossier les raisons pour lesquelles le caractère invalidant de l'obésité n'avait pas été retenu lors de la première procédure auprès de l'assurance-invalidité close en 2000, mais

il était probable qu'à l'époque l'obésité n'avait pas pu être mise en relation avec une autre atteinte à la santé, ce qui était désormais le cas.

Dans sa réponse du 25 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. En effet, selon le SMR, le rapport médical du 28 avril 2016 du Dr P. \_\_\_\_\_ ne montrait pas de modification objective de l'atteinte à la santé de l'intéressée par rapport à ce qui prévalait lors de la décision du 28 septembre 2010.

Par réplique du 14 juin 2017, la recourante s'est référée à un communiqué de presse du Centre national de la recherche scientifique (CNRS), lequel démontrait l'existence d'un lien entre une anomalie sur le chromosome 16 et la survenance d'une obésité. Elle a ajouté qu'elle présentait également des problèmes de genoux, une hypertension, de l'arthrose, ainsi qu'un ulcère pré-tibial gauche sur un traumatisme minime survenu en mars 2016. Ces diagnostics n'avaient pour la plupart jamais été évoqués jusqu'à présent. Etait joint le communiqué de presse précité daté du 3 février 2010, exposant que le risque de développer une obésité sévère pour les individus porteurs d'une microdélétion du chromosome 16 était multiplié par 50.

### **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 (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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (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 et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 5 avril 2016.

**3. a)** Aux termes de l'art. 87 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que son invalidité au sens de l'art. 8 LPGA s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies (al. 3). Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écartier 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 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 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 références ; Meyer/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'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_487/2013 du 21 octobre 2013 consid. 2.1, 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 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 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). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge 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 (TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). 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).

**b)** 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 la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

**c)** Le moment déterminant pour produire les moyens de preuves pertinent est celui du dépôt de la nouvelle demande ; si l'assuré ne fait que de proposer de les produire, l'administration doit alors lui impartir un délai raisonnable pour les déposer (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_635/2015 du 16 octobre 2015 consid. 2.1). Dans le cadre de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des

faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus de prestation (ATF 130 V 66 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 précité consid. 2.3).

**4.** En l'espèce, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 5 avril 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI au mois d'avril 2016, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus d'entrer en matière du 7 février 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision de refus de prestations du 28 septembre 2010.

L'OAI a retenu que l'assurée n'avait pas rendu plausible une péjoration de son état de santé depuis la décision du 28 septembre 2010. Il s'est référé à l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, lequel énonçait que dans son rapport du 28 avril 2016, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait fait état d'un poids de 184 kg, qui était le même qu'en 2002, et avait diagnostiqué des psychopathologies qui n'étaient pas attestées par un spécialiste (cf. avis médical du 6 décembre 2016 du Dr J.\_\_\_\_\_).

Les atteintes psychiques mentionnées par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 avril 2016 avaient déjà été évoquées par ses soins dans son rapport du 24 novembre 2009. Elles ne constituent dès lors pas une aggravation plausible de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 28 septembre 2010.

Toutefois, par rapport à la situation prévalant lors de cette décision, le poids de l'assurée est passé d'environ 134 kg à 184 kg. En effet, dans son rapport du 24 novembre 2009, le Dr P.\_\_\_\_\_ avait

indiqué qu'après la pose du bypass gastrique en 2002, alors que sa patiente pesait 195 kg, elle avait perdu 87 kg et avait atteint le poids minimum de 108 kg à la troisième année postopératoire, soit en 2005 ; depuis lors, elle avait repris environ 25 kg et pesait actuellement 134 kg. Ainsi, en 2010, malgré la prise de kilos supplémentaires au cours des dernières années, l'on pouvait raisonnablement penser que la situation était sous contrôle après la gastroplastie. Cela est d'ailleurs confirmé par le rapport du 28 avril 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui a expliqué que dès 2009, le poids de l'assurée était resté stable, aux environs de 140 kg. Cependant, ce médecin a fait état d'une péjoration de la situation depuis 2010. Il a énoncé qu'en février 2014, la recourante avait repris une vingtaine de kilos et avait pesé 166 kg. Entre juillet et décembre 2015, son poids avait passé de 169 kg à 184 kg (cf. rapport du 28 avril 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_. Il apparaît ainsi que la gastroplastie ne produit plus les effets escomptés. L'importante prise de poids, à savoir quinze kilos, en l'espace de quelques mois en 2015, est particulièrement révélatrice, tout comme le fait que le poids de 184 kg s'approche de celui présenté lors de la pose du bypass.

Par ailleurs, si l'on se réfère à la situation dans laquelle se trouvait l'assurée lors du rejet de sa première demande de prestations, soit en octobre 2000, on constate également une péjoration plausible de son état de santé. En effet, dans son rapport du 15 décembre 1998, le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente pesait 166 kg. Le Dr N.\_\_\_\_\_ et Madame I.\_\_\_\_\_ ont quant à eux énoncé, dans leur rapport d'expertise psychiatrique du 9 février 2000, que le poids de la recourante oscillait entre 146 kg et 160 kg. Le poids de cette dernière n'équivalait dès lors pas à celui qu'elle présentait lors de sa demande de prestations d'avril 2016, à savoir 184 kg. En outre, elle n'était pas motivée par un traitement en vue de perdre du poids (cf. rapport d'expertise susmentionné, pp. 7 et 8). Elle s'est soumise par la suite à un tel traitement, lequel a échoué sur le long terme. Différents diagnostics psychiatriques ont également été posés par d'autres spécialistes depuis octobre 2000 (cf. rapport du 18 mars 2002 des Drs M.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, rapport d'expertise du 8 juin 2010 du Dr

Z.\_\_\_\_\_). Par la suite, une anomalie chromosomique a été décelée en 2009. La même année, l'intéressée a fait état de problèmes d'arthrose.

En définitive, que l'on prenne pour point de comparaison la décision de refus de prestations du 28 septembre 2010 ou celle du 13 octobre 2000, force est de constater que la recourante a rendu plausible une péjoration de son état de santé. Ainsi, il appartenait à l'OAI d'entrer en matière sur la demande de prestations du 5 avril 2016 et d'instruire la cause, avant de statuer sur le droit de l'intéressée aux prestations de l'assurance-invalidité.

A première vue, une expertise pluridisciplinaire auprès d'un spécialiste en psychiatrie, d'un spécialiste des problèmes d'obésité et d'un rhumatologue paraîtrait adéquate. Cette expertise permettrait également de clarifier l'influence éventuelle de l'anomalie chromosomique de la recourante sur l'obésité au regard des connaissances scientifiques actuelles. Il n'y a toutefois pas lieu de statuer définitivement sur cette question. Il appartiendra à l'OAI de déterminer comment il instruira la cause.

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande de prestations de la recourante du 5 avril 2016, instruisse la cause et rende une décision sur le droit de l'intéressée aux prestations de l'assurance-invalidité.

**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 d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit

être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, il se justifie d'allouer une indemnité de 2'400 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 7 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande, instruisse et rende une décision sur le droit de D. \_\_\_\_\_ aux prestations de l'assurance-invalidité.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D. \_\_\_\_\_ la somme de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour D.\_\_\_\_\_, agissant par sa curatrice W.\_\_\_\_\_) )
- 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 :