

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 avril 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Piguet, juge et Riesen, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

X. _____, à (...), recourante,

et

I. _____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI ; art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], d'origine [...], mère de deux enfants, a travaillé au restaurant du magasin [...] à [...], à un taux de 90% dès [...].

b) Le 21 avril 2000, elle a été victime d'un accident de la circulation routière en [...], qui a provoqué une fracture humérale distale droite. L'assurée a été examinée dans un hôpital de la région et a finalement été plâtrée au niveau du bras droit. A son retour en Suisse, elle a consulté le Dr [...], lequel a précisé qu'il était trop tard pour intervenir et a proposé un traitement conservateur.

 La Zürich Assurances, assureur-accidents, a pris en charge le cas et a assuré le versement des prestations légales. En 2003, elle a mandaté le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise, qui a conclu à l'absence de toute contre-indication, du point de vue orthopédique, à ce que l'assurée puisse retrouver son activité antérieure (expertise du 4 avril 2003). Une reprise à 50% était proposée, avec augmentation à 75% de capacité à deux mois. D'ici fin 2002, l'assurée devait retrouver une activité proche de la normale.

 La Zürich Assurances a également examiné le cas sous l'angle psychiatrique. Elle a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, réalisée par le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, qui a retenu au terme de son rapport du 25 juillet 2003 que l'assurée présentait un état dépressif de gravité légère ainsi qu'un état post-traumatique sous forme fruste de type paucisymptomatique. D'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 50 % du 21 avril 2000 au 31 décembre 2002 et de 70 % dès le 1^{er} mars 2003, en raison de l'évolution partiellement favorable de l'état de stress post-traumatique, dans toute activité adaptée aux limitations physiques.

B. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud (ci-après: OAI) le 27 juillet 2001, ensuite de la fracture de l'humérus droit subie lors de l'accident de circulation en avril 2000.

Après avoir notamment pris connaissance des rapports d'expertise des Drs [...] et F._____, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a, dans un avis du 20 août 2003, retenu les diagnostics d'état dépressif majeur de gravité légère et de status après fracture de la diaphyse spiroïde distale de l'humérus droit. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % du 21 avril 2000 au 26 février 2000 [recte : 2001], de 50% du 26 février 2000 [recte : 2001] au 30 juin 2001, de 100 % du 1^{er} juillet 2001 au 27 août 2002, de 50 % du 28 août au 31 décembre 2002 et de 30 % dès janvier 2003. La capacité de travail était dès lors de 70 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Par décision du 4 février 2004, confirmée sur opposition le 8 juin 2005, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 21 avril 2001 jusqu'au 30 septembre 2001, puis une rente entière du 1^{er} octobre 2001 au 31 octobre 2002 et une demi-rente du 1^{er} novembre 2002 au 31 mars 2004. Il a refusé d'allouer une rente pour la période postérieure. Les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre par la suite n'ont pas abouti.

C. a) Le 13 octobre 2009, X._____ a formulé une deuxième demande de prestations, alléguant une aggravation de son état de santé tant sur le plan physique que psychique.

Au vu des pièces médicales produites par l'intéressée, l'OAI a sollicité l'avis du SMR, qui a préconisé un examen clinique rhumatologique et psychiatrique (avis médical du 19 février 2010). Les Drs M._____, spécialiste en médecine physique et rééducation, Y._____, spécialiste en psychiatrie et E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi leur rapport le 26 mai 2010 et conclu sur le plan psychiatrique à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique ainsi qu'à une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ces

deux diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Seule une fragilité psychologique justifiait une diminution de la capacité de travail de 30%. Au plan somatique, les médecins du SMR ont retenu les diagnostics de status post-fracture de l'humérus distal avec consolidation en défaut d'axe survenue en 2000, avec cervico-scapulo-brachialgies droites consécutives persistantes, gonalgies résiduelles après intervention survenue le 28 mai 2008 (arthroscopie du genou droit avec méniscectomie partielle) et début d'arthrose rétro-patellaire. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations ostéo-articulaires (port de charges limité à 5 kg en mono-manuel, pas de travail dans une position accroupie ou agenouillée ni monter/descendre des escaliers, échelles ou pentes à répétition, activité semi-sédentaire légère qui ne sollicite pas trop le bras droit).

Le 11 mai 2011, l'OAI a adressé à X._____ un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Il a considéré que la capacité de travail de l'assurée était de 70 % dans une activité adaptée dès 2003. La comparaison des revenus avec et sans invalidité mettait en évidence une perte de gain correspondant à un taux d'invalidité de 32 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Dans le cadre de sa contestation, l'assurée a produit un courrier du 22 juin 2011 adressé au Dr H._____, médecin-traitant, par lequel le Dr G._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, préconisait la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire neutre au vu du tableau douloureux chronifié et cristallisé motivant un arrêt de travail. Le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, relevait quant à lui la persistance d'un état dépressif de degré moyen avec des phases d'aggravation réactionnelles à des difficultés existentielles motivant une incapacité de travail d'environ 50 % (rapport du 16 juillet 2009).

Dans un avis SMR du 14 juillet 2011, le Dr N._____ a considéré que les rapports médicaux produits n'étaient pas suffisants pour admettre une aggravation de l'état de santé. L'assurée présentait donc

une capacité de travail de 70% en tant que caissière et en toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 2 novembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 11 mai 2011.

b) X._____ a recouru contre cette décision, en concluant à l'octroi de trois-quarts de rente, voire d'une demi-rente, en raison de l'aggravation de son état de santé depuis juin 2005. Elle a produit un certificat médical du 5 décembre 2011 du Dr H._____ qui conclut à une capacité de travail de 50 %, puis en réplique, un certificat médical du 22 février 2012 du Dr R._____ qui a attesté une incapacité de travail de 60 à 70 % en raison d'un état dépressif moyen à sévère évoluant vers la chronicité.

Par arrêt du 10 septembre 2012 (CASSO AI 351/11 - 295/2012), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée. Elle a considéré que le rapport du 26 mai 2010 du SMR était probant et que les documents médicaux produits par la recourante n'étaient pas de nature à mettre en doute la pertinence des constatations des Drs M._____, Y._____ et E._____.

D. X._____ a déposé une troisième demande de prestations le 20 novembre 2012 auprès de l'OAI, faisant état de ses douleurs au bras droit et d'une aggravation de son état au plan psychiatrique.

Elle a notamment produit un rapport du 8 janvier 2013 établi par le Dr R._____, lequel annonçait un état dépressif se situant entre moyen et sévère, avec lente chronicisation et fixation rigide sur des plaintes somatiques, rétrécissement et appauvrissement de la vie psychique et émotionnelle, et usure aggravée par le conflit asséculo-logique. L'incapacité de travail était estimée à 60%.

L'OAI est entrée en matière sur cette troisième demande et a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique dont la

réalisation a été confiée à la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Son rapport, daté du 20 septembre 2013, ne retient aucun diagnostic incapacitant au plan psychiatrique et conclut à une capacité de travail entière dans le service et la vente chez [...] (p. 7, point 2.1. et 3). L'exigibilité professionnelle était complète sur le plan psychiatrique depuis l'accident.

Dans ses avis SMR des 10 et 17 février 2014, le Dr [...] a retenu le caractère probant de l'expertise de la Dresse B._____, considérant néanmoins que la capacité de travail de 100% au plan psychiatrique ne pouvait être admise qu'à partir de décembre 2011, et non pas dès la date de l'accident comme suggéré par l'experte, compte tenu de la décision du 2 novembre 2011 entrée en force. Au plan somatique, le Dr [...] a fait une appréciation différente de celle du Dr N._____ (avis du 14 juillet 2011), considérant pour sa part que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle de caissière était nulle en raison ses problèmes ostéo-articulaires et que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière dès décembre 2011.

Se fondant sur les avis du Dr [...], l'OAI a envoyé un projet de décision en date du 1^{er} septembre 2014, prévoyant un refus de rente vu le taux d'invalidité de 31.72%.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision le 8 octobre 2014 lors de son audition dans les locaux de l'intimé. Elle a remis en particulier les documents suivants :

- un certificat médical du 2 octobre 2014 établi par le Dr H._____, qui atteste une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il mentionne notamment une arthroscopie du genou gauche pour déchirure du ménisque interne, en mai 2014, dont l'évolution était toutefois favorable.

- un certificat médical du Dr R._____, qui mentionne un état dépressif stationnaire léger à moyen chronicisé, et une incapacité de travail de l'ordre de 50%.

L'OAI a confirmé son refus de prestations par décision du 10 décembre 2014.

E. Par courrier du 24 juin 2016, le Dr H._____ a informé l'OAI que l'assurée avait présenté un anévrisme de la carotide interne à gauche, qui avait nécessité une embolisation le 15 juin 2015. Un micro-reliquat circulant au collet de l'anévrisme persistait, de sorte que le pronostic était réservé. Sur le plan clinique, l'assurée présentait des céphalées malgré le traitement médicamenteux et de la physiothérapie cervicale.

Le 4 août 2016, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de l'anévrisme découvert en 2014 [recte : 2015].

A la demande de l'OAI, le Dr H._____ a complété un rapport du 30 septembre 2016, rapportant les diagnostics suivants : anévrisme de la carotide interne gauche, scapulalgie bilatérale sur insertionite des angulaires de l'omoplate, syndrome polyinsertionite douloureux récurrent, cervicobrachialgies et lombalgies récurrentes, status après arthroscopie en 2012 pour déchirure du ménisque interne et externe et du ligament croisé antérieur du genou droit et, en 2014, pour déchirure du ménisque interne du genou gauche et trouble anxio-dépressif chronique. L'assurée souffrait de douleurs des épaules, de douleurs cervicobrachiales et lombaires de longue date dont l'évolution était défavorable sous le traitement médicamenteux. Elle présentait par ailleurs une douleur résiduelle des genoux, péjorée à la marche. S'agissant de l'anévrisme carotide-cave gauche diagnostiquée en 2015, l'angio-IRM de contrôle du 14 décembre 2015 avait montré un bon résultat. Le Dr H._____ a ajouté que dans une activité adaptée (pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de sollicitation de la colonne lombaire, pas de marche sur les terrains irrégulier), une capacité de travail de 50% était exigible.

Le Dr H. _____ a joint au rapport précité les rapports médicaux des différents médecins consultés par l'assurée depuis 2015, dont notamment :

- un avis du 3 mars 2016 établi par le Dr T. _____, spécialiste en neurologie. Selon ce médecin, l'assurée présentait des cervicalgies et des céphalées tensionnelles gauches. Un traitement par physiothérapie était prescrit.
- un rapport de consultation du 15 décembre 2015 établi par le Dr [...], spécialiste en neuroradiologie, en charge du suivi du traitement de l'anévrisme artériel. La première exploration angio-IRM de contrôle à six mois de l'intervention montrait qu'il existait toujours un micro-reliquat circulant au collet de l'anévrisme, infra-millimétrique. Il s'agissait d'un très bon résultat du traitement réalisé. L'évolution était favorable et ne nécessitait pas d'autre traitement, sous réserve d'un suivi à une année.
- un rapport du 2 décembre 2015 établi par le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. Une IRM du genou gauche montrait un status après résection du ménisque interne suite à l'arthroscopie mais sans déchirure complémentaire. Un enchondrome du fémur distal était également mis en évidence, de nature bénigne sans aucune inflammation autour de la lésion et donc parfaitement calme. Le bilan radiologique ne révélait pas d'arthrose significative dans les trois compartiments du genou.

Dans un avis SMR du 8 août 2017, le Dr [...] a considéré que l'anévrisme carotidien interne gauche découvert en 2015 avait pu être traité avec succès, de sorte que cette problématique n'avait aucune incidence sur la capacité de travail. L'assurée ne présentait au surplus

aucune autre anomalie neurologique. Les autres pathologies mentionnées par le Dr H. _____ étaient déjà connues et les limitations fonctionnelles retenues en 2010 en tenaient compte.

Le 11 août 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations du 4 août 2016, au motif qu'elle n'avait pas démontré une modification durable de son état de santé depuis sa précédente décision du 10 décembre 2014. L'OAI a confirmé sa position par décision du 28 septembre 2017.

F. Par acte du 25 octobre 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 28 septembre 2017 devant la Cour des assurances sociale du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du 2 octobre 2017 établi par le Dr H. _____, dont la teneur est la suivante :

« Mme X. _____ est suivie à ma consultation pour différents problèmes de santé dont l'évolution est défavorable sous le traitement entrepris.

Sur le plan somatique, elle souffre de douleurs persistantes des deux genoux, a été opérée en 2012 du genou droit et en 2014 du genou gauche. L'évolution post-opératoire n'a pas été favorable et elle est suivie actuellement à la consultation du Dr G. _____, rhumatologue.

En mars 2015, on a découvert la présence d'un anévrisme de la carotide interne à gauche, et elle a été ensuite suivie au service de neurochirurgie du CHUV. Le 15.06.2015, on a effectué une embolisation endovasculaire par colling de cet anévrisme. Le dernier contrôle radiologique montre toujours l'existence d'un micro-reliquat circulant au collet de l'anévrisme, infra-millimétrique.

Sur le plan clinique, on note la persistance de céphalées malgré le traitement médicamenteux qui n'a soulagé que peu de la symptomatologie.

Sur le plan psychologique, elle souffre d'une dépression chronique, et est suivie par le Dr R. _____ »

Dans sa réponse du 17 janvier 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a renvoyé au surplus à l'avis du SMR du 8 août 2017, dont il ressortait que l'exercice d'une activité adaptée à 70% restait exigible.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, ensuite de sa nouvelle demande du 4 août 2016.

3. 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 art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

4. Lorsqu'une rente a été précédemment refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, une nouvelle demande ne peut être examinée que si elle établit de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 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 qui traite de la révision de la rente, 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 ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité 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 donnant droit à des prestations et

statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et

bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 31 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

7. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la quatrième demande de prestations de l'assurée du 4 août 2016 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force – soit la décision du 10 décembre 2014 – et la décision litigieuse du 28 septembre 2017, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) En 2014, la plupart des atteintes à la santé mentionnées dans le rapport du Dr H._____ déposé à l'appui du recours étaient connues et ont été prises en considération. Il en va ainsi, en particulier, de la dépression chronique que le Dr H._____ atteste ainsi que des problèmes de genoux, pour lesquelles le Dr G._____ a pratiqué deux arthroscopies en juin 2012 et mai 2014. On observera à cet égard que le Dr H._____ se contredit puisqu'il décrit, le 2 octobre 2017, une évolution postopératoire défavorable, alors qu'il exposait le 2 octobre 2014 que cette évolution était favorable. Pour sa part, le Dr C._____ fait état, dans un rapport du 2 décembre 2015, de douleurs récidivantes mal systématisées, mais il précise que les examens radiologiques n'avaient pas mis en évidence d'arthrose significative, ni de nouvelle déchirure méniscale après l'arthroscopie pratiquée en 2014. Un enchondrome du fémur distal avait été constaté, toutefois de nature bénigne sans aucune inflammation autour de la lésion et donc parfaitement calme.

L'anévrisme diagnostiqué en mars 2015 constitue une nouvelle atteinte. Toutefois, le Dr S._____ a exposé de manière convaincante qu'au vu des rapports de suivi post-opératoires, cette atteinte a été traitée avec succès. Au final, les seuls symptômes persistants véritablement nouveaux sont des céphalées. Au terme d'une consultation neurologique, le Dr T._____ n'a toutefois pas constaté d'atteinte neurologique (rapport du 3 mars 2016). Il a en revanche diagnostiqué des cervicalgies — connues depuis la première demande de prestations — et des céphalées tensionnelles. Rien n'indique que ces céphalées revêtaient un degré de gravité tel qu'elles entraîneraient une limitation plus importante de la capacité de travail que celle déjà admise précédemment.

En définitive, l'intimé pouvait à juste titre constater, sur la base des pièces médicales au dossier, notamment sur la base de l'analyse du dossier médical par le Dr S._____, que la recourante ne présentait pas, par rapport à la situation prévalant lors de la décision du 12

décembre 2014, une péjoration notable de son état de santé ni une aggravation de son invalidité pouvant lui ouvrir droit à une rente. Au vu des éléments au dossier, il n'était pas tenu de la convoquer pour un nouvel examen clinique par les médecins du SMR. Il pouvait renoncer à un tel examen sur la base d'une appréciation anticipée des preuves au dossier (consid. 6 *supra*).

8. a) Au vu de ce qui précède, il convient de rejeter le recours et de confirmer la décision litigieuse du 28 septembre 2017.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 28 septembre 2017 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 (...).
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- X. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :