

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 janvier 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mmes Férolles et Gabellon, assesseures

Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**T.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** T.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1961, a été opérée pour une hernie discale L4-L5 en avril 2008, puis a fait l'objet d'une nouvelle intervention en juillet 2009 pour une hernie discale C4-C5, avant d'être réopérée en octobre 2009 en raison d'une myélopathie C4-C5-C6 sur compression résiduelle sur hernie discale C4-C5 et C5-C6 médiane. Sur le plan professionnel, la prénommée a travaillé en dernier lieu en tant qu'animatrice parascolaire à 25 % dès le 10 octobre 2005, avant de se trouver en incapacité totale à partir du 29 juin 2009 et ce jusqu'au terme de son activité le 30 novembre 2010.

Après avoir fait l'objet d'une demande de détection précoce émise le 21 octobre 2009 par l'assureur perte de gain Z.\_\_\_\_\_, l'assurée, alors domiciliée dans le canton de C.\_\_\_\_\_, a déposé en date du 16 novembre 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité(AI), invoquant une hernie discale C4-C5 et C5-C6 avec des signes de myélopathie.

L'Office de l'assurance-invalidité du canton de C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'OAI-C.\_\_\_\_\_) a procédé à l'instruction du cas.

Par rapport du 14 décembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et tropicale, a posé le diagnostic incapacitant de tétraparésie progressive sur hernie discale C4-C5 et C5-C6. Il a en particulier précisé que des parésies étaient progressivement apparues dans les quatre membres puis qu'il y avait eu récupération mais avec persistance de paresthésies prédominant aux membres supérieurs ; quant à l'incapacité de travail, elle était totale depuis le 29 juin 2009. Le 22 mars 2010, ce médecin a signalé un état de santé stationnaire caractérisé par des troubles statiques de la colonne cervicale engendrant des tendinites et des difficultés de mobilisation globale surtout au niveau de la colonne vertébrale, avec des phénomènes paresthésiques intermittents dans les avant-bras et les jambes.

Entre-temps, dans un rapport du 24 février 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_, neurochirurgien aux Hôpitaux [...] (ci-après : Hôpitaux G.\_\_\_\_\_), a mentionné que l'intéressée se plaignait de douleurs cervicales, de fourmillements aboutissant sur les paumes des deux mains, ainsi que d'une difficulté à courir. Le 26 mai 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée signalait toujours des douleurs à la partie postérieure de la nuque, limitant la mobilité de celle-ci, principalement en rotation. Il a ajouté que les fourmillements dans les membres supérieurs avaient diminué sous traitement médicamenteux et que les plaintes au niveau cervical passaient désormais au second plan vis-à-vis des plaintes au niveau lombaire avec irradiation dans les membres inférieurs prédominant dans le membre inférieur droit, limitant le périmètre de marche à moins de quinze minutes depuis plus d'un mois et ce de manière nettement invalidante depuis deux semaines. Le 20 septembre 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une nouvelle intervention chirurgicale était prévue pour le problème lombaire.

L'assurée, ayant dans l'intervalle déménagé dans le canton de W.\_\_\_\_\_, y a été opérée le 3 janvier 2011 au niveau de la hernie discale L4-L5.

Par rapport du 4 mars 2011, les Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-adjoint et médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail :

- "- Status post décompression, ablation du disque et de la hernie discale L4-L5 + PLIF Plioviopore + spondylodèse lombaire L4-L5 par système Pangea le 03.01.2011 pour récurrence de hernie discale L4-L5 accompagnée d'une discopathie Pfirrmann V/V, sur status après cure de hernie discale L4-L5 avec foraminotomie en avril 2008 (HUG).
- Status après double opération au niveau C4-C5, C5-C6 avec mise en place de cages en juillet 2009 et octobre 2009.
- Hernie discale au niveau D11-D12 stable au niveau D11-12 stable."

A teneur d'un rapport du 22 juin 2011, les Drs M.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de

l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont mentionné que l'évolution était favorable au niveau lombaire à six mois post-opératoires mais que, au niveau cervical, des douleurs persistaient avec irradiation dans le bras droit. Concernant les limitations fonctionnelles, ils ont signalé une incapacité à porter des charges lourdes (15 kg maximum) et à lever les bras au-dessus des épaules. Ils ont estimé que le taux de travail pourrait être augmenté à 100 % dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 24 janvier 2012, les Drs M.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, chef de clinique à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont exposé que l'évolution était bonne sur le plan cervical. Ils ont mentionné des douleurs au niveau de l'avant-bras et de l'épaule à droite lors des rotations internes extrêmes, estimant qu'il s'agissait là d'un problème dégénératif de l'épaule. Concernant le problème lombaire, ils ont noté que la patiente présentait une hypoesthésie résiduelle au niveau du membre inférieur droit avec, à la marche, des lâchages en cours d'évaluation ; pour le reste, l'évolution sur status post spondylodèse L4-L5 était favorable. Les médecins ont par ailleurs considéré que la reprise d'une activité adaptée était possible.

Aux termes d'un rapport du 27 février 2012, la Dresse B.\_\_\_\_\_, neurologue à l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, a notamment diagnostiqué des troubles de la marche (diagnostic différentiel : sur myélopathie cervicale). L'assurée se plaignait plus particulièrement d'une faiblesse évolutive durant la marche, avec lâchage au niveau des genoux, associée à une recrudescence des cervicalgies ; elle présentait en outre des signes de myélopathie. La Dresse B.\_\_\_\_\_ a précisé, dans ce contexte, que l'électroneuromyogramme (ENMG) confirmait l'absence d'atteinte radiculaire aiguë ou chronique au niveau du muscle quadriceps à droite mais que, par contre, il mettait en évidence des signes d'une légère myélopathie.

Le 16 avril 2012, l'assurée a subi une laminoplastie C4-D2 à droite pour myélopathie cervicale sur importante sténose C4-C7, avec hémiplégie gauche post-opératoire.

Dans un rapport du 26 octobre 2012, les Drs M.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont indiqué que l'évolution était stable à quatre [sic] mois de l'intervention précitée, avec une amélioration de la force dans les membres inférieurs et supérieurs, mais qu'il était encore beaucoup trop tôt pour se prononcer sur une future réadaptation professionnelle.

Aux termes d'un rapport du 11 avril 2013, la Dresse O.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu qu'au vu des atteintes cervicales et lombaires présentées par l'assurée, la capacité de travail était actuellement nulle dans toute activité et que la situation devrait être réévaluée dans une année.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 12 août 2013. Dans son rapport du 14 août suivant, l'enquêtrice de l'AI a en particulier retenu un statut de 25 % active et 75 % ménagère, les empêchements ménagers étant estimés à 26,30 %.

Par décision du 13 février 2014, confirmant un projet du 9 septembre 2013, l'OAI-C.\_\_\_\_\_ a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2010, sur la base d'un taux d'invalidité de 44,7 % - soit 25 % pour la part active (25 % x 100 %) et 19,7 % pour la part ménagère (75 % x 26,30 %).

**B.** Le 29 août 2014, l'assurée a été opérée au niveau des disques L3 à S1.

En octobre 2014, une procédure de révision d'office du droit à la rente a été engagée par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de [...] (ci-après : OAI-W.\_\_\_\_\_). Dans ce contexte, l'intéressée a complété un questionnaire pour la révision de la rente le 8 octobre 2014, indiquant que son état de santé s'était aggravé depuis janvier 2014.

Par rapport du 4 novembre 2014, les Drs M.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail :

"Status post-ostéotomie de subtraction facettaire avec redressement de L3,L4, décompression avec discectomie de L3-L4 par la G avec cage TLIF Juliet et os, décompression L5-S1 D par la D et mise en place d'une cage TLIF ainsi que suture de la dure mère et spondylodèse L3-S1 par système Pangea et greffon postéro-latéral (os + BGel) le 29.08.2014 pour une réapparition de lombosciatalgies dans le territoire L5 sur sténose foraminale L5-S1 droite par un ostéophyte articulaire et dégénérescence du segment adjacent L3-L4 avec antérolisthésis de L3 sur L4

Gonarthrose avancée gauche dans le contexte d'un genou en valgus

Status post-décompression par laminoscopie de C4 à D2 du côté D avec fixation par plaques CSLP, le 16.04.2018 pour une myélopathie cervicale sur importante sténose de C4 à C7"

Pour le reste, les médecins ont estimé qu'il n'était pas possible de fournir de plus amples réponses à ce stade et qu'il fallait attendre l'évolution à une année post-opératoire.

A teneur d'un rapport du 13 novembre 2014, la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a exposé qu'il y avait une discrète amélioration des douleurs lombaires suite à l'intervention du 29 août 2014, avec persistance d'une faiblesse musculaire dans les membres inférieurs à prédominance gauche, ainsi que des brûlures et paresthésies des membres inférieurs. Cette praticienne a estimé que la patiente conservait une capacité de travail de 30 à 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité légère.

Par communication du 7 janvier 2015, l'OAI-W.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée que son droit à la rente était maintenu en lien avec un degré d'invalidité de 45 %.

Par écrit non daté envoyé sous pli recommandé le 22 janvier 2015, l'intéressée - qui avait dans l'intervalle déménagé dans le canton de Vaud - a fait valoir que « [s]on cas [était] de 100% ».

Le cas a été soumis le 12 février 2015 au Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR, dont l'avis médical a la teneur suivante :

**"Objections**

Voir rapport SMR du 11.04.2013.

Assurée de 54 ans, sans formation professionnelle certifiée, active à 25% comme animatrice parascolaire, qui présente des troubles dégénératifs du rachis cervical, dorsal et lombaire multiopérés, avec une myélopathie cervicale. Une incapacité de travail totale dans toute activité lui est reconnue médicalement depuis juin 2009 [...].  
[...]

Depuis 2013, elle développe une gonarthrose G et une importante faiblesse musculaire au niveau de la hanche et du genou G.  
[...]

Appréciation médicale :

L'état de santé somatique s'aggrave.

L'incapacité de travail demeure totale dans toute activité.

Etant donné le statut mixte de l'assurée, le taux d'invalidité est susceptible de changer en fonction des empêchements ménagers.  
[...]"

Aux termes d'un rapport du 8 juin 2015 faisant suite à une enquête ménagère réalisée le 1<sup>er</sup> juin 2015, il est apparu que l'assurée confirmait un statut de 25 % active et 75 % ménagère. Quant aux empêchements ménagers, ils étaient estimés à 22 %.

Par communication du 5 janvier 2016, l'OAI-W. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'alors, compte tenu d'un degré d'invalidité de 42 %.

**C.** Par écrit du 23 août 2017, adressé à l'OAI-C. \_\_\_\_\_ et transmis initialement à l'OAI-W. \_\_\_\_\_ puis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) pour raison de compétence, l'assurée a requis la révision de sa rente au motif que son état s'était dégradé, ayant encore subi une opération.

Par courrier du 31 août 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa nouvelle demande ne pourrait être examinée que s'il était établi de

façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de trente jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 27 septembre 2017, l'assurée a produit les documents suivants :

- un rapport du 15 mai 2017 de la Dresse B.\_\_\_\_\_, exposant en particulier ce qui suit :

**"Diagnostics**

- Importants troubles dégénératifs étagés du rachis, à prédominance cervicale et lombaire, avec status post multiples interventions chirurgicales et signes de myélopathie cervicale à prédominance gauche.
  - o status post cure d'hernie discale L4-L5 en 2008
  - o status post décompression et stabilisation C4-C5 et C5-C6 en juillet et octobre 2009
  - o status post décompression et stabilisation L4-L5 en janvier 2011
  - o status post décompression et stabilisation C4-D2 en avril 2012, compliquée par un syndrome de Brown-Séquard à gauche, avec niveau C7 en post opératoire
  - o status post décompression L3/L4 gauche et L5/S1 à droite, avec stabilisation L3-S1 en août 2014
  - o Hernie discale au niveau D11-D12
- Syndrome métabolique avec diabète de type 2 non insulino-dépendant
- Anamnestiquement, artériopathie des membres inférieurs

**Renseignements cliniques : [...]**

[...]

Sur le plan général, à signaler un diabète non insulino-requérant connu depuis plus de 10 ans, bien réglé selon les dires de la patiente, qui est par ailleurs traitée pour une hypertension artérielle et une dyslipidémie. Un bilan angiologique aurait confirmé une artériopathie des membres inférieurs avec proposition d'un traitement par stents selon les dires de la patiente.

[...]

**Appréciation et proposition :** la patiente, connue pour des troubles dégénératifs étagés sévères du rachis avec status post multiples opérations à la fois au niveau cervical et lombaire, m'est

actuellement adressée pour un bilan d'évolution en premier lieu quant à l'impact d'une hernie discale D11/D12 à légère prédominance droite retrouvée à une IRM lombaire récemment. [...] L'examen clinique confirme des déficits sensitivomoteurs sur le territoire de C7 et C8 à gauche ainsi qu'au niveau des jambes à prédominance gauche. Le tableau clinique est compliqué par des signes d'une atteinte périphérique (aréflexie des membres inférieurs), mais également par des signes compatibles avec un syndrome pyramidal/ une myélopathie cervicale à gauche (déficit sensitivomoteur du membre supérieur gauche accompagné [par] des réflexes plus vifs à gauche, signe de Babinski indifférent à gauche, mais négatif à droite). Les potentiels évoqués moteurs des membres inférieurs confirment une atteinte des voies centrales à gauche, essentiellement superposable à l'examen de février 2012 avec, en revanche, une normalisation de la conduction centrale à droite. Les potentiels évoqués somesthésiques des membres inférieurs s'avèrent nettement altérés des deux côtés, à prédominance gauche. Une différenciation entre atteinte périphérique et centrale n'est formellement pas possible en l'absence d'une réponse lombaire reproductible, mais le fait d'une neurographie du nerf sural normal des deux côtés malgré un diabète connu laisse suspecter au moins une composante centrale à prédominance gauche. Dans le contexte d'une myélopathie cervicale connue et documentée par le passé, il n'est formellement pas possible ni de confirmer ou infirmer une atteinte centrale supplémentaire dans le contexte de l'hernie discale au niveau dorsal. La stabilité des potentiels évoqués moteurs avec même une amélioration du côté droit, par rapport à l'examen de 2012, est toutefois d'emblée plutôt rassurante."

- un rapport de consultation établi le 23 mai 2017 par les Drs M.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, médecin-assistant à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_, reprenant les diagnostics déjà connus tout en évoquant également des douleurs aux membres inférieurs d'origine indéterminée, ainsi que différentes comorbidités (hypertension artérielle traitée, sinusite chronique maxillaire gauche, diabète type 2 non insulino-requérant, hypercholestérolémie, gonarthrose avancée gauche dans le contexte d'un genou en valgus, suspicion de conflit sous-acromial épaule gauche [sic]), observant que le status était superposable au dernier contrôle et relevant que la patiente se plaignait toujours de la même symptomatologie, qu'elle n'avait pas remarqué d'amélioration à la marche et qu'elle décrivait également une douleur au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite ;

- un rapport de consultation du 13 juillet 2017 émanant des Drs M.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, exposant que le status était superposable au

dernier contrôle et que, depuis lors, une infiltration avait été pratiquée sur l'articulation sacro-iliaque à droite avec un bénéfice transitoire sur dix jours avant une nouvelle recrudescence des douleurs, l'intéressée se plaignant en outre toujours d'une perte de force du côté droit associée à des douleurs diffuses dans les quatre membres et étant dès lors adressée à un médecin spécialiste pour la gestion de l'antalgie.

En date du 5 octobre 2017, le cas de l'assurée a été présenté dans le cadre d'une permanence à la Dresse I.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Cette dernière a estimé que les pièces produites le 27 septembre 2017 ne montraient pas d'aggravation de l'état de santé.

En date du 6 octobre 2017, l'OAI a établi un projet de décision dans le sens d'un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, faute de modification notable du point de vue de la situation médicale ou professionnelle.

Par envoi du 10 octobre 2017, l'assurée a produit une attestation médicale établie le 3 octobre 2017 par le Dr M.\_\_\_\_\_, récapitulant les atteintes dorsales de l'intéressée et les interventions y relatives, évoquant également les troubles survenus au niveau sacro-iliaque et mentionnant de surcroît des douleurs dans les membres inférieurs d'origine indéterminée et une suspicion de tendinopathie bicipitale avec douleurs au niveau de l'épaule droite d'origine indéterminée. On extrait pour le surplus ce qui suit de cette attestation :

**"Evolution de l'état de santé / date de la péjoration des symptômes:**

Il s'agit d'une patiente qui nous a recontactés en janvier 2017 en raison de douleurs dans les membres inférieurs, de plus en plus gênantes, d'origine indéterminée. L'IRM réalisée en février montrait un matériel en place, avec beaucoup d'artefacts. Pas de hernie discale visible au niveau lombaire. On trouvait également une importante compression médullaire au niveau D11-D12 sur la hernie discale précédemment décrite. Entre autre, le bilan angiologique a mis en évidence des plaques athérosclérotiques dans les artères iliaques bilatérales, pouvant être à l'origine d'une partie des douleurs décrites par la patiente. De plus, un bilan avec IRM cervicale a été réalisé et a permis d'exclure une compression à ce

niveau. L'origine des douleurs de la patiente n'est actuellement pas totalement éclaircie. Le bilan neurologique du 15.05.2017 avait mis en évidence des signes compatibles avec un syndrome pyramidal - myélopathie cervicale G, superposable à l'examen de février 2012 avec une normalisation de la conduction centrale à D. Une différenciation entre une atteinte périphérique et centrale n'est formellement pas possible mais laisse cependant suspecter au moins une composante centrale à prédominance G. Malheureusement dans le contexte de la hernie discale au niveau dorsal, nous ne pouvons pas infirmer ou confirmer une atteinte centrale supplémentaire. Stabilité des potentiels évoqués moteurs avec même une légère amélioration du côté D par rapport à l'examen de 2012, ce qui est plutôt rassurant.

Dans ce contexte, nous avons proposé pour l'instant la poursuite du traitement conservateur, renonçant dans l'immédiat à une intervention chirurgicale au niveau dorsal. A noter que cela pourra être nécessaire dans le futur, en dépendance de l'évolution.

**Pronostic / capacité de travail :**

Pour l'instant, le pronostic est incertain. Il faudrait discuter avec la patiente de la possibilité d'une réinsertion professionnelle dans un domaine bien adapté. Pour l'instant, ceci était pratiquement impossible en raison de l'état de la patiente.

[...]"

Par décision du 17 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet précité, dont il a repris la motivation.

**D.** Par acte du 28 novembre 2017 envoyé le 29 novembre suivant sous pli recommandé, T. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, la recourante fait valoir que son degré d'invalidité a beaucoup changé depuis le début de son incapacité de travail en 2009, respectivement que son état s'est aggravé. Elle soutient en particulier que son bras et sa jambe gauches sont atteints et que ses deux jambes sont lourdes et lui font très mal depuis une année et demi, avec des difficultés pour monter et descendre les escaliers.

Le 30 janvier 2018, la recourante produit un rapport du 19 décembre 2017 des Drs M. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, chef de clinique à la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_, reprenant les diagnostics précédemment retenus, signalant une tendance à l'aggravation progressive sur le plan des douleurs et de la marche pouvant

être expliquée par la hernie D11-D12, et reconnaissant à l'intéressée une capacité de travail de 20 à 30 % dans son activité professionnelle. La recourante produit également une prescription 19 décembre 2017 pour des séances de physiothérapie.

Dans sa réponse du 5 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Aux termes de sa réplique du 22 février 2018, la recourante invoque en particulier le rapport susdit du 19 décembre 2017, dont l'OAI n'a pas tenu compte, et relève n'avoir jamais été convoquée par un médecin de cette assurance. Elle détaille de surcroît les empêchements rencontrés au quotidien et allègue n'avoir plus aucune autonomie. En annexe, elle produit un CD-ROM comportant des examens d'imagerie médicale, ainsi qu'un rapport de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 7 février 2018 évoquant en particulier un examen stable voire légèrement amélioré par rapport à celui du mois de mai 2017.

Dupliquant le 14 mars 2018, l'intimé confirme sa position.

Par écriture du 21 mars 2018, la recourante maintient que son état s'est dégradé depuis l'octroi de sa rente d'invalidité. Elle requiert en outre la prise en charge par l'AI d'une femme de ménage à raison de deux fois deux heures par semaine.

Le 2 avril 2018, la recourante verse au dossier un compte-rendu de traitement établi le 19 mars 2019 [recte : 2018] par l'ergothérapeute D. \_\_\_\_\_, évoquant en particulier des difficultés au niveau de la main gauche.

Le 15 août 2018, la recourante produit un rapport médical du 6 août 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et évaluant à 60 % l'incapacité fonctionnelle au vu du handicap physique et de la souffrance psychique.

## **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 ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par la recourante le 23 août 2017.

Toute autre problématique – telle la prise en charge d’une aide ménagère (cf. écriture de la recourante du 21 mars 2018) – est ainsi extrinsèque à l’objet de la présente contestation et sort, par là-même, du cadre litigieux.

**3. a)** Selon l’art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral 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 de l’assuré s’est modifiée de manière à influencer ses droits.

Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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 et 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 et 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 demande de révision, 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). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un tel litige (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

**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. 2 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3).

**c)** Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.4 et 130 V 71 consid. 3.2). Les communications – au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f RAI – peuvent servir de base de comparaison dans le temps dès lors qu'elles résultent d'un examen matériel du droit (TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1, in SVR 2010 IV n° 4 p. 7 ; voir également TF 9C\_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 3.2 et 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

**4.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres

possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

**5.** En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de révision déposée par la recourante le 23 août 2017. Le pouvoir d'examen de la Cour de céans est donc limité au point de savoir si l'intéressée, dans ses démarches auprès de l'OAI jusqu'à la date de la décision attaquée, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la dernière décision entrée en force.

**a)** S'agissant tout d'abord du point de départ temporel de cette comparaison, il y a lieu de noter que saisi de la demande initiale de prestations déposée le 16 novembre 2009, l'OAI-C. \_\_\_\_\_ a, d'une part, procédé à l'interpellation des médecins traitants pour en déduire que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité (cf. rapport SMR de la Dresse O. \_\_\_\_\_ du 11 avril 2013) et qu'il a, d'autre part, mis en œuvre une enquête ménagère aboutissant à la reconnaissance d'un statut de 25 % active et 75 % ménagère, ainsi qu'à des empêchements ménagers atteignant 26,30 %. C'est sur cette base que, par décision du 13 février 2014, il a reconnu à la recourante un taux d'invalidité de 44,7 % ouvrant le droit à un quart de rente. Dans le cadre de la procédure de révision d'office entamée en octobre 2014, l'OAI-W. \_\_\_\_\_ a lui aussi recueilli l'avis des médecins traitants pour finalement retenir que l'état de santé somatique s'aggravait et que l'incapacité de travail demeurerait totale dans toute activité (cf. avis médical SMR du Dr S. \_\_\_\_\_ du 12 février 2015) ; une enquête ménagère a également été diligentée, aboutissant à la confirmation du statut de 25 % active et 75 % ménagère, avec des empêchements ménagers estimés à 22 %. Compte tenu d'un degré d'invalidité de 42 %, le droit à un quart de rente a donc été maintenu par communication du 5 janvier 2016.

De ce qui précède, il ressort que la communication du 5 janvier 2016 constitue, en l'occurrence, la base de comparaison déterminante dans le temps (cf. consid. 3c supra), en tant qu'il s'agit du dernier prononcé rendu par l'administration au moyen d'une constatation des faits pertinents d'ordre médical et d'un examen de leur incidence sur la capacité de gain de l'assurée.

Tout au plus relèvera-t-on que pour fixer le cadre temporel des faits à comparer au regard d'une éventuelle révision, seul importe que la décision se fonde sur un examen matériel, sans que le résultat de celui-ci ne doive être apprécié ou ne joue un rôle dans ce contexte (cf. TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 3.1). La recourante ne peut, dès lors, tirer aucun argument du fait qu'elle n'a jamais été examinée par un médecin de l'AI (cf. réplique du 22 février 2018).

**b)** A l'appui de sa demande de révision, la recourante a invoqué une dégradation de son état de santé et produit différents rapports émanant de la neurologue B.\_\_\_\_\_ (15 mai 2017) et des spécialistes de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R.\_\_\_\_\_ (23 mai et 13 juillet 2017), singulièrement du Dr M.\_\_\_\_\_ (3 octobre 2017).

De ces rapports, il résulte que l'intéressée a consulté en janvier 2017 pour des douleurs dans les membres inférieurs. Dans ce contexte, une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire réalisée en février 2017 a montré une importante compression médullaire au niveau D11-D12 sur une hernie déjà observée précédemment (cf. rapports de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 15 mai 2017 et du Dr M.\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2017 ; cf. également rapport des Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du 4 mars 2011). Aucun des médecins consultés n'a toutefois conclu, sur cette base, à une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Au contraire, sur le plan neurologique, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a retenu que l'examen était essentiellement superposable à celui de 2012, avec même une légère amélioration du côté droit (cf. rapport du 15 mai 2017). En outre, quand bien même le Dr M.\_\_\_\_\_ a réservé l'évolution future du cas, il reste

qu'à la date - déterminante (cf. consid. 3a supra) - de la décision attaquée, aucune intervention n'avait été jugée nécessaire au niveau dorsal mais que seule la poursuite du traitement conservateur avait été proposée à la patiente (cf. rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2017). De telles constatations ne vont donc manifestement pas dans le sens d'une détérioration significative de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision au fond.

Pour le surplus, les rapports précités reprennent essentiellement des troubles déjà connus (au niveau de la colonne cervicale, dorsal et lombaire mais également du genou gauche et de l'épaule droite) et décrivent un status superposable à celui des précédents contrôles. En ce sens, ils ne marquent aucune évolution significative. Il apparaît certes que des douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite ont conduit à une infiltration le 30 mai 2017, avec un soulagement ressenti durant dix jours. A cet égard, le Dr M. \_\_\_\_\_ a précisé le 3 octobre 2017 qu'un bilan angiologique avait révélé des plaques athérosclérotiques dans les artères iliaques bilatérales pouvant expliquer une partie des douleurs - ce qui peut également être déduit des données anamnestiques recueillies le 15 mai 2017 par la Dresse B. \_\_\_\_\_. Rien dans les rapports produits devant l'OAI depuis la demande de révision du 23 août 2017 ne permet cependant de voir dans ces éléments une aggravation notable de l'état de santé de l'assurée, que ce soit sous l'angle de l'intensité des douleurs ou de leur impact concret. A ce propos, il est significatif de relever que suite à l'infiltration susdite, les médecins de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital R. \_\_\_\_\_ se sont contentés d'adresser l'assurée à un spécialiste pour la gestion de l'antalgie en précisant pour le surplus qu'ils « *ne prévo[y]a[ient] pas de nouveau contrôle d'office mais rest[aient] à disposition si besoin* » (cf. rapport du 13 juillet 2017 p. 2). Or, une telle attitude thérapeutique infirme de toute évidence la thèse d'une détérioration importante. En l'état, on ne peut donc voir là l'indice d'une péjoration notable de l'état de santé de la recourante.

On notera finalement qu'aucun des rapports médicaux produits devant l'OAI dans le cadre de la présente demande de révision ne vient étayer la réalisation d'une nouvelle intervention chirurgicale après celle du 29 août 2014, contrairement à ce qu'a fait valoir l'assurée (cf. demande de révision du 23 août 2017). Tout au plus peut-on supposer que la recourante ait voulu désigner par-là l'infiltration prodiguée au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

**c)** Dans le cadre de la procédure de recours, l'assurée a encore produit différents rapports médicaux - à savoir un compte-rendu des Drs M.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2017, un rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ du 7 février 2018, un compte-rendu de traitement ergothérapeutique du 19 mars 2018 et un avis psychiatrique établi le 6 août 2018 par le Dr J.\_\_\_\_\_. Toutefois, ces documents ne peuvent être pris en considération dans le présent litige, puisque la Cour de céans doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'OAI a statué (cf. consid. 3a supra). Il demeure néanmoins loisible à la recourante, quoi qu'il en soit, de déposer une nouvelle demande de révision et de se prévaloir de ces rapports dans ce cadre.

**d)** Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assurée n'a pas rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits. Dans ces conditions, l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de révision déposée par l'intéressée le 23 août 2017.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> 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).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non représentée par un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGa *a contrario*).

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

- I. Le recours déposé le 29 novembre 2017 par T.\_\_\_\_\_ est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 17 novembre 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 la recourante.
  
- 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 :

- T.\_\_\_\_\_,
- 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 :