

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2017

Composition : M. NEU, président
Mme Pasche et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

W._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante italienne au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, est divorcée et mère de trois enfants adultes. Dès le 1^{er} octobre 2002, elle a travaillé pour le compte du restaurant M._____ à Lausanne comme serveuse à 80%. Elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 20 février 2003, puis de 50% à compter du 14 avril 2003. Elle a été licenciée au 30 juin 2003.

En date du 3 septembre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Elle a fait état d'une lésion entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale ainsi que d'une intervention chirurgicale pratiquée en avril 2004.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'office AI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) le 8 août 2006. Dans leur rapport du 28 septembre 2006, les Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé pour seul diagnostic affectant la capacité de travail celui de syndrome cervical gauche dans le cadre d'un trouble statique, d'un status post-spondylodèse C5-C6 en 2004 pour discopathie protrusive avec dysbalance musculaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants : petite hernie ombilicale, status post cure de hernie inguinale bilatérale dans l'enfance, status post double opération pour une tendinite du pouce droit en 1997-1998, troubles de l'alimentation possible, troubles anxieux et dépressifs réactionnels à une maladie somatique ainsi qu'au divorce difficile en rémission partielle et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ayant exclu l'existence d'une atteinte à la santé psychique incapacitante de façon durable, les médecins prénommés ont considéré que dans une

activité adaptée, la capacité de travail était entière depuis le mois de novembre 2004 à condition d'éviter une position statique prolongée en extension-flexion-rotation de la nuque ainsi que tout mouvement extrême. Le port de charges était limité à 10 kg occasionnellement, l'assurée devant avoir la possibilité de changer de position à sa guise. Elle ne pouvait donc pas travailler à la chaîne ni sur une machine vibrante. Quant au travail dans la restauration, par exemple dans une cafétéria ou dans un bar, il était encore exigible à 50%.

Un rapport d'enquête ménagère du 21 février 2007 a conclu à un statut d'active de 80% et de 20% en tant que ménagère, le taux d'empêchements dans la réalisation des travaux ménagers s'élevant à 14,8%.

Par décision du 9 juillet 2007, l'office AI a dénié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, au motif que le taux d'invalidité global qu'elle présentait, fixé à 13%, était inférieur au seuil, respectivement de 20% et 40%, ouvrant droit à ces prestations.

B. Le 7 octobre 2013, W._____ a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant souffrir de cervico-scapulalgies chroniques, d'un trouble anxieux chronique, d'insomnie et d'un déficit auditif.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a requis les rapports médicaux usuels auprès des Drs B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 4 décembre 2013), Y._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapport du 19 décembre 2013) et Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation (rapport du 17 février 2014). D'un point de vue somatique, l'assurée présentait essentiellement des cervico-scapulalgies gauches persistantes. Sur le plan psychiatrique, un trouble anxio-dépressif réactionnel lié à la douleur était retenu par deux des médecins prénommés.

Se prononçant sur les pièces médicales versées au dossier, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, s'est exprimé en ces termes dans un avis médical du 16 avril 2014 :

« Assurée de 50 ans, droitère, divorcée, 3 enfants majeurs, scolarité ordinaire, certificat de capacité pour patente tea-room, dernier emploi en 2003 d'après les CI.

Le rapport du Dr B._____, 4 décembre 2013 Hôpital Z._____, retient un status après spondylodèse C5-C6 en 2004, des cervico-scapulalgies gauches (connues depuis 2004 in rapport médical du 30 septembre 2004) et une tendinopathie du sus-épineux sans déchirure (problème déjà relevé en 2004).

Le Dr Y._____ annonce le 20 janvier 2014 des problèmes qui sont connus de longue date et un trouble anxiodépressif réactionnel, le tout justifiant à ses yeux une incapacité de travail de 100% dans tout métier de la restauration depuis 2003 et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le Dr Q._____, Hôpital Z._____ 17 février 2014, reprend des diagnostics somatiques similaires aux précédents et un état dépressif lié à la douleur. Elle se prononce sur une incapacité de travail de 100% dans la profession de styliste ongulaire, activité que l'assurée ne nous a jamais annoncée.

Les cervicobrachialgies et l'humeur dépressive existant de longue date avaient justifié en 2006 un examen bidisciplinaire au SMR. Sur ses conclusions, se base la décision AI du 9 juillet 2007. Aucune pièce médicale versée au dossier depuis 2007 ne rend plausible une aggravation de l'état de santé à même de justifier une diminution durable de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. »

Par décision du 22 octobre 2014, l'office AI a rejeté la demande de l'assurée au motif qu'elle ne présentait aucun préjudice économique ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré qu'il n'existait aucune aggravation de son état de santé justifiant une diminution durable de sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée à sa situation, tel que mentionné dans sa décision du 9 juillet 2007.

C. En date du 14 mars 2016, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité. A ce document étaient annexés des certificats d'incapacité totale de travail datés des 1^{er}

décembre 2015 et 3 mars 2016 établis par le Dr Y._____ pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2015 et le 31 mai 2016.

Par télécopie du 21 avril 2016, le Dr Y._____ a signalé à l'office AI une dégradation de l'état général de sa patiente, faisant mention de problèmes cervico-dorso-lombaires de même qu'à la main gauche ainsi que de troubles anxio-dépressifs. Ayant précisé que de multiples investigations étaient en cours à l'Hôpital Z._____, il a joint à son envoi divers rapports médicaux.

Dans un rapport du 26 octobre 2015 au Dr Y._____ faisant suite à une consultation du 20 octobre précédent, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un status post spondylodèse C5-C6 par voie d'abord antérieure (avril 2004), une discopathie dégénérative C4-C5 et un conflit sous-acromial avec tendinopathie non transfixiante du supra-épineux de l'épaule gauche (acromion de type III selon Bigliani). Selon ce médecin, le problème dégénératif cervical C4-C5, non réglé, pouvait expliquer la symptomatologie irritative au niveau de l'épaule gauche. Quant à cette dernière, les images radiologiques révélaient qu'il s'agissait d'un ensemble de symptômes compatible avec un conflit sous-acromial. En revanche, le problème de l'épaule n'expliquait pas complètement la symptomatologie complexe chez cette patiente.

Ensuite d'un examen neurologique et neuropsychologique pratiqué le 11 février 2016 par le Dr K._____, spécialiste en neurologie, celui-ci a dressé un rapport médical en date du 12 février 2016 dans lequel il constatait qu'à l'examen neurologique, les réflexes étaient bien préservés. Il mentionnait toutefois une forte douleur sur l'appui des insertions musculaires dès la crête iliaque jusqu'à la face latérale de la cuisse. Selon ce praticien, cette douleur pseudo-sciatalgique était probablement l'expression d'un problème musculo-tendineux apparu plusieurs semaines après un traumatisme du genou n'ayant pas encore guéri.

Dans un rapport du 29 février 2016 au Dr Y._____, le Dr B._____ a diagnostiqué des cervicalgies chroniques sur un status post spondylodèse C5-C6 par voie d'abord antérieure, une discopathie dégénérative C4-C5, un conflit sous-acromial avec tendinopathie non transfixiante du supra épineux de l'épaule gauche avec un acromion de type III selon Bigliani ainsi qu'un syndrome du canal carpien gauche.

Par courriel du 7 décembre 2016, N._____, assistant social, a annoncé à l'office AI qu'un rapport du psychiatre traitant de l'assurée lui parviendrait à brève échéance.

S'exprimant sur les pièces médicales produites par l'assurée à l'appui de sa troisième demande de prestations, le Dr P._____, médecin auprès du SMR, a écrit ce qui suit dans un avis médical du 8 décembre 2016 :

« (...)

Pour cette nouvelle demande, plusieurs demandes de reconnaissance d'atteinte à la santé sont formulées par l'assurée. Nous disposons du rapport médical du Dr Y._____, généraliste, du 21 avril 2016 et du rapport médical du Dr B._____, chirurgien du rachis, du 29 février 2016 qui retiennent des diagnostics connus sans preuve clinique ou para clinique d'aggravation de l'état de santé.

Il est question d'une consultation par le neurologue avec bilan neurophysiologique dans le rapport médical du 21 avril 2016 (...), demandés par le Dr J._____, bilan de consultation et examen non fournis.

D'autre part, une nouvelle atteinte à la santé : sciatique, ne se base sur aucun substrat organique probant (rapport médical du Dr K._____ avec bilan électro-physiologique normal du 21 avril 2016) et la pathologie méniscale du genou gauche (données médicales extrêmement pauvres) serait en fait une atteinte musculo-squelettique non encore guérie d'après le même rapport médical.

Conclusion : l'absence de fait médical nouveau pour les principaux diagnostics (cervicalgies chroniques et tendinopathies de l'épaule gauche), et l'atteinte lombaire et du genou gauche sont responsables d'incapacité de travail transitoires (attestations du Dr Y._____ du 14 mai 2016). L'assurée signale des nouvelles atteintes à la santé, mais aucun examen médical ou paramédical probant n'atteste du caractère incapacitant. Il n'y a donc à ce jour aucun élément pertinent permettant d'entrer en matière. »

Le 12 décembre 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il n'avait pas l'intention d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 14 mars 2016, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 22 octobre 2014. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait. Ce projet étant demeuré sans observation, l'office AI a rendu une décision formelle de refus d'entrer en matière datée du 7 mars 2017.

D. Par acte du 11 avril 2017 adressé à la Cour de céans, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant agissant au nom de W._____, a déclaré recourir contre cette décision. Il a expliqué que, sur les conseils de son médecin traitant, le Dr Y._____, elle bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré depuis le 17 juin 2016. La crise biopsychosociale qu'elle traversait avait exacerbé sa fragilité psychique, laquelle pouvait être mise en lien avec son histoire de vie difficile. Le psychiatre traitant a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, trouble de l'endormissement et de maintien du sommeil et syndrome douloureux somatoforme persistant. Quand bien même l'état psychique de sa patiente s'était lentement amélioré grâce à son implication dans le traitement psychothérapeutique hebdomadaire et médicamenteux proposé, le pronostic d'une reprise d'une activité professionnelle à plein temps était très réservé. Seule une réinsertion progressive dans une activité adaptée, telle celle de styliste-ongulaire, au taux de 50-60% au maximum paraissait envisageable.

Interpellée par le magistrat instructeur, W._____ a confirmé en date du 25 avril 2017 sa volonté de recourir contre la décision du 7 mars 2017, concluant à son annulation et à ce que l'office AI entre en matière sur sa demande de prestations du 14 mars 2016. Elle a annoncé une prochaine prise de contact avec des juristes.

Désormais représentée par Me Florence Bourqui, avocate au Service juridique d'Inclusion Handicap, W._____ a, par écriture motivée

du 23 mai 2017, conclu sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'office AI pour instruction complète puis nouvelle décision. Elle a fait remarquer que les rapports médicaux produits dans le cadre de sa dernière demande de prestations faisaient état de plusieurs affections, telles un syndrome du canal carpien, un syndrome vertigineux chronifié ainsi que diverses pathologies psychiatriques non prises en compte par le SMR dans son avis du 8 décembre 2016. Dans ces conditions, la recourante estimait avoir rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé.

Par décision du 24 mai 2017, le magistrat instructeur a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 mai précédent. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Florence Bourqui lui a été désigné.

Dans sa réponse du 25 juillet 2017, à laquelle était joint un avis médical du SMR daté du même jour, l'office intimé a relevé que, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, l'assurée n'avait fourni aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé susceptible d'influencer ses droits. Par ailleurs, dans la mesure où le rapport du Dr C._____ du 11 avril 2017 était postérieur à la décision litigieuse, il n'y avait pas lieu de le prendre en considération. C'était dès lors à bon droit qu'il n'était pas entré en matière sur la demande de prestations du 14 mars 2016, si bien qu'il proposait le rejet du recours.

En réplique du 15 août 2017, la recourante a indiqué que, dans la mesure où l'entrée en matière sur la dernière demande de prestations était litigieuse, l'office intimé n'avait pas à se prononcer, sans réelles investigations, sur le caractère incapacitant ou non des atteintes somatiques alléguées. Quant à l'aspect psychique, elle a rappelé que son médecin traitant, le Dr Y._____, avait évoqué cette problématique et que l'assistant social N._____ avait annoncé le dépôt d'un rapport du

psychiatre traitant avant la décision litigieuse, de sorte que celle-ci s'avérait prématurée. La recourante a maintenu toutes ses conclusions.

Dupliquant en date du 5 septembre 2017, l'office intimé a souligné qu'il restait libre de prendre lui-même des mesures limitées pour clarifier la situation, telle celle, comme en l'espèce, consistant à solliciter l'avis d'un médecin du SMR. De plus, dans l'hypothèse où le rapport du Dr C. _____ devrait être pris en compte dans le cadre de la présente procédure, il ne contenait aucun élément rendant plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé. En conséquence, il a derechef préavisé pour le rejet du recours.

S'exprimant une ultime fois par pli du 20 septembre 2017, la recourante a réaffirmé que l'administration intimée n'avait pas à préjuger du caractère incapacitant des troubles allégués en procédure d'entrée en matière. Partant, elle a déclaré confirmer la teneur de ses conclusions.

Le 27 septembre 2017, Me Bourqui a fait savoir qu'elle s'en remettait à justice pour la fixation de l'indemnité en sa faveur.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, 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 al. 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 des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le bien-fondé du refus opposé par l'office AI à l'assurée d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 14 mars 2016 signifié par décision du 7 mars 2017. L'objet du litige se résume à déterminer si, dans ses démarches auprès de l'intimé à partir du 14 mars 2016, la recourante a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis la décision du 22 octobre 2014 lui déniait le droit à toutes prestations (rente et mesures professionnelles).

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance

a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (art. 87 al. 3 RAI). Selon la jurisprudence, cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). 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 citées ; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), Zurich/Bâle/Genève 2014, n° 51 p. 433).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1 et 2.2). Cela revient à examiner, par analogie avec

l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, 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 conforme 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 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3.2).

b) Selon la jurisprudence, le principe inquisitoire selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 II 265).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Cette exigence ne consiste toutefois pas à obliger l'assuré à apporter des preuves qui ne lui sont pas accessibles, mais de permettre à l'administration d'écarter des demandes excessives sans plus

ample examen. Par ailleurs, « rendre plausible » ne doit pas être compris au sens de la preuve de la vraisemblance prépondérante telle qu'elle est souvent exigée en droit des assurances sociales. Il ne s'agit en effet pas ici d'apporter une « preuve complète » qu'un changement notable est intervenu dans l'état de fait depuis la dernière décision. Il suffit bien plutôt qu'il existe des indices à l'appui de ce changement et que le juge et l'administration puissent être convaincus que les faits allégués se sont vraisemblablement produits (Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3100 p. 840 s.).

c) Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1). Il s'ensuit que les rapports médicaux établis ultérieurement au prononcé de la décision attaquée ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

4. En l'espèce, l'intimé n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourante le 14 mars 2016. Il n'y a donc pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force du 22 octobre 2014 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. Il faut au contraire se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'intimé jusqu'à la décision objet de la présente procédure, 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'entrée en matière du 7 mars 2017 et les circonstances prévalant à l'époque de la décision du 22 octobre 2014. En d'autres termes, la Cour de céans se bornera à examiner si les pièces déposées en procédure

administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier.

La décision du 22 octobre 2014 refusant à la recourante le droit à des prestations retenait que l'intéressée ne présentait aucune aggravation de son état de santé justifiant une diminution durable de sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée à sa situation et faisait ensuite référence à la décision du 9 juillet 2007. Celle-ci se fondait sur l'évaluation de l'exigibilité effectuée par les Drs O._____ et F._____ du SMR (cf. rapport du 28 septembre 2006). Cela étant, dans la mesure où les rapports médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du 7 octobre 2013 - ayant conduit à la décision du 22 octobre 2014 - sont brefs et peu étayés, il convient plutôt de se baser sur le rapport du SMR précité - lequel comporte une analyse exhaustive de la situation médicale de l'assurée - pour déterminer si l'aggravation de l'état de santé telle qu'alléguée est rendue plausible.

a) Sur le plan somatique, la recourante se prévaut des rapports transmis par le Dr Y._____ en annexe à sa télécopie du 21 avril 2016. Il s'agissait des rapports des Drs B._____, K._____ et J._____, datés respectivement des 29 février 2016, 12 février 2016 et 26 octobre 2015, mettant plus particulièrement en évidence des troubles à la main, à l'épaule ainsi qu'à la colonne.

aa) En ce qui concerne les problèmes à la main gauche, le Dr B._____ a posé le diagnostic de syndrome du canal carpien gauche. Ni le rapport d'examen clinique bidisciplinaire effectué au SMR en 2006 ni les documents médicaux produits à l'appui de la demande de prestations du 7 octobre 2013 n'évoquent une pathologie à la main, de sorte qu'il s'agit prima facie d'une nouvelle atteinte à la santé pour laquelle une intervention chirurgicale est envisagée par le médecin prénommé (cf. rapport du 29 février 2016). Les médecins du SMR relevaient au demeurant l'absence de signe inflammatoire ou dégénératif au niveau des mains.

bb) S'agissant des troubles à l'épaule gauche, les Drs F._____ et O._____ n'ont posé aucun diagnostic en relation avec le membre supérieur gauche, indiquant qu'il n'y avait aucun signe pour une atteinte de la coiffe des rotateurs ou de l'articulation elle-même (rapport du 28 septembre 2006, p. 8). Dans son rapport du 4 décembre 2013, le Dr B._____ a en revanche retenu une tendinopathie du sous-épineux sans déchirure. Il a précisé son diagnostic en 2016, faisant mention d'un conflit sous-acromial avec tendinopathie non transfixiante du supra-épineux de l'épaule gauche avec un acromion de type III selon Bigliani. Quant à la mobilité, les médecins du SMR ont constaté que tout en étant douloureuse dans les trapèzes, elle était néanmoins complète (ibidem, p. 8). En 2014, la Dresse Q._____ a relevé que la mobilité était discrètement limitée pour l'élévation, l'abduction ainsi que la rotation interne. Les indications chiffrées contenues dans le rapport du Dr J._____ du 26 octobre 2015 font apparaître une limitation de la mobilité de l'épaule gauche toujours limitée dans plusieurs mouvements. Dès lors que le rapport précité du Dr J._____ se fonde sur une symptomatologie objectivée par les résultats des examens cliniques effectués, il a été en mesure de formuler un diagnostic précis (qui correspond à celui énoncé par le Dr B._____ dans son rapport du 29 février 2016). Ainsi, tant la symptomatologie présentée que le diagnostic retenu rendent plausible une aggravation de l'état de santé en relation avec une atteinte du membre supérieur gauche.

cc) Si les Drs F._____ et O._____ s'étaient déjà avisés du caractère incapacitant des troubles présentés par l'assurée à la colonne cervicale, il ressort des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations que leur influence s'est non seulement aggravée mais aussi étendue. Dans leur rapport du 28 septembre 2006, les médecins du SMR ont relevé que la mobilité cervicale active était limitée et douloureuse (p. 6). Ils ont mis en évidence une hypo-mobilité active cervicale nettement plus marquée vers la gauche, tandis que la mobilisation prudente passive révélait une rotation et une inclinaison latérale quasiment complète (p. 8). De son côté, la Dresse Q._____ a signalé en 2014 une discrète limitation des mouvements cervicaux alors que le Dr B._____ a évoqué une diminution de la mobilité de la grande

cervicale dans tous les plans (cf. rapport du 29 février 2016). Quant à la mobilité de la colonne, les médecins du SMR ont fait mention d'une mobilité dorso-lombaire « complète et indolore » (p. 8) tandis que le Dr B._____ a mis en évidence une mobilité de la colonne très diminuée « avec une contracture musculaire importante des deux trapèzes avec impossibilité de palpation qui est très douloureuse » (rapport du 29 février 2016). La diminution de la mobilité de la colonne, tant au niveau cervical que dorsolombaire, parle ainsi en faveur d'une dégradation de l'état de santé, ce qui rejoint le pronostic défavorable formulé en 2014 par la Dresse Q._____ quant à la capacité de travail en relation avec la pathologie cervico-brachiale gauche. Au surplus, les nuances et compléments dans l'énoncé des diagnostics retenus à propos des troubles à la colonne cervicale, par les médecins du SMR en 2006 d'abord puis par le Dr B._____ en 2016 ensuite, ne font que rendre compte d'une amplification de l'atteinte à la santé présentée.

b) aa) En ce qui concerne l'aspect psychique, la recourante se prévaut du rapport dressé le 11 avril 2017 par son psychiatre traitant, le Dr C._____ dans lequel celui-ci retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, un trouble de l'endormissement et du maintien du sommeil et un syndrome douloureux somatoforme persistant, pathologies qui justifient selon lui une incapacité de travail de 40 à 50%, ce qui rend plausible une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. En effet, les Drs F._____ et O._____ n'avaient retenu aucun diagnostic de ce chef. Quant aux diagnostics psychiatriques figurant dans les rapports médicaux produits à l'appui de la demande du 7 octobre 2013, ils émanaient de médecins somaticiens (Drs Y._____ et Q._____) et non pas de psychiatres.

bb) Sous l'angle formel, le fait que l'intervention du Dr C._____ soit postérieure à la date de la décision litigieuse ne saurait nuire à la recourante, qui avait allégué la pathologie psychiatrique en temps utile (tout comme les somaticiens) et annoncé la production d'un rapport propre à l'établir (cf. courriel de l'assistant social N._____ du 7 décembre 2016) : il convenait à tout le moins à l'intimé d'interpeller

l'intéressée sur ce point avant de statuer, fut-ce en lui impartissant un bref délai, sauf à violer son devoir d'une instruction d'office et complète (même si elle pouvait être sommaire) de la demande de réexamen.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que les éléments médicaux avancés par l'assurée rendent plausible une modification de son état de santé tant sur le plan somatique que psychique depuis la dernière décision de refus de prestations rendue le 22 octobre 2014 et se rapportant aux examens cliniques effectués au SMR en août 2006. L'appréciation de l'état de santé de l'intéressée et de sa capacité de travail y figurant ne concorde plus avec les indications ressortant des documents médicaux produits à l'appui de la dernière demande de prestations du 14 mars 2016. Ainsi, le SMR ne pouvait qualifier les atteintes invoquées de non invalidantes, sans procéder à un minimum d'investigations sur le fond, ce dont il s'est abstenu. A ce stade, il n'appartient toutefois par au Tribunal d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais uniquement à l'intimé d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 14 mars 2016. En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il entre en matière sur cette demande de prestations puis, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), mette en œuvre les mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir les questions faisant l'objet des considérants 4a et 4b ci-dessus. Concrètement, il s'agira de déterminer les atteintes à la santé alléguées et leur répercussion en termes de capacité de travail.

5. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision de refus d'entrer en matière du 7 mars 2017. Il s'ensuit que la cause doit être renvoyée à l'office intimé afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par la recourante le 14 mars 2016 et procède à son instruction.

6. **a)** La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, à compter du 3 mai 2017 jusqu'au

terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Lorsqu'il y a lieu de fixer l'indemnité due au conseil juridique commis d'office, celui-ci peut préalablement produire une liste détaillée de ses opérations et une liste de ses débours (art. 3 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD) ; en l'absence de liste détaillée des opérations, le défraiement est fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du procès (al. 2).

En l'espèce, bien que requise par le magistrat instructeur de déposer une liste détaillée de ses opérations et débours, Me Bourqui a déclaré par pli du 27 septembre 2017 s'en remettre à justice pour la fixation de l'indemnité en sa faveur.

b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate d'Inclusion Handicap, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI ; 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

Compte tenu de l'allocation de pleins dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité au conseil d'office (art. 4 al. 1 RAJ, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La Cour de céans n'aurait de toute façon pas fixé d'indemnité plus élevée dans le cadre de l'assistance judiciaire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il entre en matière sur la demande de prestations déposée par W. _____ le 14 mars 2016.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), montant couvrant l'indemnité due à titre d'assistance judiciaire.

- V. 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap (pour 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).

Le greffier :