

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 septembre 2015

Composition : M. MERZ, président
Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique,
Me Caroline Ledermann, avocate, à Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante tunisienne née en 1959, est officiellement entrée en Suisse en mai 1998 en vue de son mariage avec un citoyen suisse.

Elle a exercé des activités d'employée de restaurant, notamment pour le compte de la société F. _____ Sàrl de septembre 1999 à octobre 2002.

De 2002 à 2003, elle a suivi une formation d'esthéticienne au terme de laquelle elle a obtenu un diplôme dans cette profession.

B. L'assurée a sollicité une première fois des prestations de l'assurance-invalidité (AI) sous forme de rente par dépôt du formulaire ad hoc le 15 juillet 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une « perte osseuse » d'origine indéterminée.

L'OAI a recueilli les renseignements médicaux utiles auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir du Prof. G. _____, chef du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier H. _____, ainsi que des Drs B. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et M. _____, médecin interniste (cf. rapports médicaux des 23, 30 juillet 2004 et 27 août 2004). Ont été mentionnés les diagnostics d'une « algoneurodystrophie de la cheville et du pied gauches » depuis octobre 2003, d'une « hémochromatose congénitale » mise en évidence en mai 2004, le Dr M. _____ ayant au surplus signalé une « agoraphobie avec troubles paniques chez une personnalité histrionique » depuis 2001, ainsi qu'une « surcharge pondérale », des « épisodes dépressifs » et un « tabagisme chronique » depuis 2000. Une incapacité de travail totale était attestée à compter du 28 octobre 2003. Le Dr B. _____ précisait pour sa part qu'une activité sédentaire pouvait être exercée à 100%,

tandis que l'ancienne activité d'employée de restaurant n'était plus envisageable.

Sur recommandation du Service médical régional AI (ci-après : SMR), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, réalisé au sein du SMR le 20 janvier 2006 par les Drs L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport corrélatif, établi le 27 mars 2006, fait état des diagnostics suivants :

- « - avec répercussion sur la capacité de travail :
 - Tuméfaction douloureuse de la cheville gauche avec limitation fonctionnelle dans le cadre d'un status après algoneurodystrophie de la cheville gauche, d'un status après fracture par insuffisance du troisième métatarsien gauche et d'une hémochromatose ;
 - Arthralgies dans le cadre d'une hémochromatose ;
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Cervicalgies et lombalgies sur discrets troubles statiques du rachis ;
 - Agoraphobie avec trouble panique (F40.01) ;
 - Trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). »

Les spécialistes du SMR ont communiqué leur appréciation du cas en ces termes :

« [...] Au status, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité cervicale et lombaire est bien conservée et il n'y a pas de douleur rachidienne à la mobilisation. Au niveau des chevilles, on note une discrète tuméfaction œdémateuse de la cheville droite, qui pourrait être encore liée à des œdèmes en rapport avec des troubles veineux. Par contre, à gauche, la tuméfaction œdémateuse est bien plus importante et s'accompagne d'une augmentation du périmètre de la cheville gauche. Localement, on ne note par contre ni chaleur, ni rougeur. Il existe cependant une limitation de la mobilité de la cheville gauche. Ce status entre surtout dans le cadre d'un status après algoneurodystrophie de la cheville gauche ainsi qu'accessoirement dans le cadre d'un status après fracture par insuffisance du troisième métatarsien gauche et d'une hémochromatose. Par ailleurs, la palpation du poignet gauche est douloureuse et la manœuvre de Gänsslen est douloureuse à la main gauche sans autre signe de synovite. Ces douleurs ne s'accompagnent cependant pas de limitations de la mobilité articulaire. Ainsi, ces arthralgies du poignet gauche, du pied et de la cheville droites pourraient entrer dans le cadre de l'hémochromatose.

Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au

vu de ces diagnostics, nous retenons une incapacité de travail complète dans la dernière activité de l'assurée comme aide de cuisine chez F._____Sàrl. Par contre, dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles sous-mentionnées, la capacité de travail est complète. A cet égard, on peut se demander si la profession d'esthéticienne pour laquelle l'assurée a suivi une formation n'est d'ailleurs pas adaptée. Cependant, selon l'assurée, cette activité se ferait essentiellement debout, ce qui serait encore à contrôler. [...]

Actuellement, [l'assurée], sur le plan psychique, présente une humeur labile, une tristesse « la plupart du temps » une hyperphagie (prise alimentaire accrue), une nervosité ainsi que des troubles de l'endormissement. Ces signes et symptômes ne peuvent pas être intégrés dans une entité nosologique de dépression selon la CIM-10. De même, pris un à un, ils ne sont pas incapacitants. En particulier, il n'y a pas de diminution de l'énergie psychique ni de la volonté ; il n'y a pas de troubles cognitifs ni de ralentissement psychomoteur, éléments essentiels pour l'exercice de l'activité professionnelle.

Au vu de ce qui précède, sur le plan strictement psychiatrique, nous estimons que l'assurée est à même de travailler dans l'activité habituelle, comme dans une autre activité. [...] »

S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont retenu exclusivement des restrictions d'ordre somatique, soit quant à la position debout prolongée, la marche de plus d'un quart d'heure et le franchissement d'escaliers, d'échelles ou d'escabeaux, ainsi qu'en lien avec un déploiement répétitif de force avec la main gauche, comme le port de charges supérieures à 5kg. Dans une activité respectant ces restrictions fonctionnelles, la capacité de travail était entière depuis toujours, tandis qu'elle était nulle depuis octobre 2003 dans l'activité antérieure d'aide de cuisine.

Par avis du 18 avril 2006, le SMR, sous la plume du Dr N._____, médecin, s'est intégralement rallié aux conclusions de ses confrères citées ci-dessus.

En date du 18 mai 2006, l'OAI a établi une décision niant le droit de l'assurée à une rente AI du fait de l'absence de préjudice économique. Il a considéré que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu d'invalidé de 44'007 fr., déterminé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2004. Le montant en question était fondé sur le total du TA1 de l'ESS dans des activités ne nécessitant pas de

formation particulière (niveau 4) et procédait d'une réduction de 10% destinée à prendre en compte les limitations fonctionnelles de l'assurée. Le salaire sans invalidité n'était en revanche pas précisé, mais ressortait d'une fiche de calcul interne mentionnant un revenu hypothétique de 38'400 fr. en qualité d'esthéticienne. L'OAI a au surplus refusé toutes mesures professionnelles. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 17 décembre 2007, laquelle est entrée en force.

C. En date du 19 juin 2009, l'assurée a formulé une seconde requête de prestations AI, motif pris d'une « algoneurodystrophie des deux pieds ».

A été produit dans ce contexte le tirage d'un rapport du 1^{er} mai 2009 faisant suite à une scintigraphie osseuse réalisée au sein du Centre hospitalier H._____, laquelle a mis en exergue les éléments suivants :

« [...] Signes d'une surcharge mécanique du pied droit, notamment au niveau des tarses et de l'articulation tibio-péronéenne distale. Troubles dégénératifs actifs au niveau des 1^{er} et 5^{ème} orteils du pied droit.
Pas de signes en faveur d'une algoneurodystrophie de la cheville ni à droite ni à gauche. [...] »

De même, l'assurée a fourni une attestation du Prof. G._____ du
du
2 juin 2009, libellée en ces termes :

« J'atteste que je suis [l'assurée] pour une algoneurodystrophie des membres inférieurs des deux côtés, connue depuis 2004. Après un traitement médicamenteux qui a pu calmer ses douleurs en 2006, elle a présenté une récurrence de cette algoneurodystrophie depuis la fin de 2008. Cette douleur l'empêche de travailler en station debout, mais un travail à un pourcentage diminué est possible. Un traitement est actuellement en cours et devrait être poursuivi ces prochains mois. [...] »

Le Dr M._____, dans un rapport médical du 12 août 2009, a repris les diagnostics évoqués antérieurement, ajoutant que sa patiente souffrait d'une « capsulite rétractile de l'épaule gauche depuis 2007 ». Il a précisé en outre qu'elle présentait des douleurs récurrentes des membres

inférieurs « surtout après une station en position debout prolongée » et des douleurs occasionnelles au niveau de l'épaule gauche, lesquelles « s'[étaient] atténuées mais [étaient] toujours présentes ». Il a mentionné également un suivi psychiatrique régulier du fait de périodes de « dépression moyenne ». Il a enfin estimé que sur le plan somatique la capacité de travail de l'assurée devait être entière pour autant que le port de charges et la station debout prolongée fussent évités.

Le Prof. G._____ a adressé un rapport à l'OAI en date du 13 août 2009, mentionnant le diagnostic d'une « algoneurodystrophie » depuis 2003, récidivante aux chevilles et aux pieds depuis le début 2009 sous suite de limitation à la marche. Son pronostic était réservé en raison de la récurrence, tandis qu'une capacité de travail à un pourcentage « presque complet » pouvait être envisagée en cas de succès du traitement.

Par rapport du 27 août 2009, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, a indiqué assumer le suivi de celle-ci depuis mars 2009, du fait d'un « épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01) » et de « difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0) ». Il a précisé avoir constaté des « ruminations anxieuses et dépressives, thymie abaissée, ralentissement psychomoteur, diminution de l'estime de soi, diminution de l'intérêt, du plaisir et de l'appétit, perte de poids et perturbation du sommeil ». Il a par ailleurs relaté une « lente évolution de la patiente sur le plan de l'humeur », s'attendant à une amélioration en cas de stabilisation de sa situation psychosociale et préconisé un accompagnement pour la reprise progressive d'une activité lucrative. La capacité de travail n'était restreinte à son sens que pour des motifs somatiques.

Le SMR, par le biais des Drs R._____ et T._____, médecins, a retenu le 28 octobre 2009 l'absence de modification de la situation de l'assurée depuis l'examen bidisciplinaire réalisé en 2006.

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 17 novembre 2009, l'assurée a informé l'OAI d'un séjour hospitalier en raison d'une fracture de la hanche survenue en septembre 2009.

Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin et des hanches de l'assurée, établi par le Centre hospitalier H._____ le 19 janvier 2010, est parvenu à l'OAI. Etaient mentionnés les constats suivants :

« [...] Présence d'une fracture incomplète sous forme d'un trait hypointense T1, hyperintense T2, de la tête fémorale droite dans sa portion inféro-médiale à la jonction cervico-céphalique. La fracture est non déplacée et peut être considérée en phase de consolidation vu l'absence d'œdème péri-fracturaire. Il n'y a pas d'arthrose coxo-fémorale, de signe en faveur d'une ostéonécrose avec une sphéricité conservée et symétrique de la tête fémorale, sans lésion sous-chondrale.

Pas de signe d'arthropathie des articulations sacro-iliaques ou lombaires ni de l'articulation coxo-fémorale gauche. Le reste est dans les normes. »

Le Dr M._____ a fourni un rapport intermédiaire à l'OAI le 17 février 2010, estimant que la capacité de travail de sa patiente était nulle en l'état, compte tenu d'investigations encore en cours. Il a souligné que l'assurée souffrait de « douleurs au niveau du bassin avec, à la marche, des douleurs de la hanche droite et [...] de la hanche gauche ». Il a précisé que le suivi psychothérapeutique auprès du Dr S._____ avait été interrompu. Etaient annexés les rapports du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H._____ des suites de l'hospitalisation de l'assurée pour cause de « fracture sous-chondrale de la tête du fémur droit dans le contexte d'une ostéopénie corticale et trabéculaire », dont un rapport du 11 janvier 2010 de la Dresse V._____, médecin associée au sein dudit département, laquelle a constaté « une discrète limitation de la flexion ainsi que des rotations de la hanche droite » en présence d'une assurée se déplaçant « sans boiterie » et à la force musculaire « correcte au testing ».

Dans un rapport du 10 juin 2010, le Prof. G._____ a repris les diagnostics d'une « algoneurodystrophie » et d'une « fracture du fémur droit », tout en renvoyant à l'appréciation du médecin traitant en termes de capacité de travail.

Procédant à l'actualisation des données médicales sur recommandation du SMR, l'OAI a recueilli dès début 2011 des rapports intermédiaires _____ auprès _____ du Dr M._____, du Prof. G._____ et du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis novembre 2010.

Le 3 février 2011, le Dr M._____ a rappelé les diagnostics précédemment énoncés dans le cas de sa patiente, ajoutant que celle-ci souffrait depuis 2010 d'une « ostéite du coude droit » qui engendrait une limitation du fait de « plusieurs formations ossifiées [...] au-dessus de l'oléocrâne » sous suite de prochaine sanction chirurgicale. Il a préconisé le maintien d'une capacité de travail nulle.

Le Dr W._____ a pour sa part retenu le 10 mars 2011 un « épisode dépressif récurrent sévère (F33.2) » depuis « au moins 1987 », une capacité de travail nulle et un pronostic réservé « au vu de la situation psychosociale difficile, de la récurrence, des tendances cognitives dysfonctionnelles ».

Quant au Prof. G._____, aux termes du rapport complété le 29 mars 2011, il a mentionné une « algoneurodystrophie », une « fracture du fémur droit » et une « arthrose du coude droit », soit une aggravation de l'état ostéo-articulaire accompagnée de douleurs de la hanche et du coude droits. Une reprise d'activité professionnelle s'avérait à son avis exclue.

Compte tenu de ces éléments, le SMR, sous la plume du Dr X._____, médecin, a préconisé un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, qui a été réalisé le 17 mai 2011 au SMR

par _____ les
Drs O. _____ et Z. _____, respectivement spécialiste en psychiatrie et
psychothérapie et spécialiste en médecine physique et rééducation.

Aux termes de leur rapport du 21 juin 2011, ces praticiens ont
pris en compte les diagnostics suivants :

- « - avec répercussion durable sur la capacité de travail :
 - Ostéopénie diffuse avec fractures de fatigue multiples (M80.00) ;
 - Status après fracture de fatigue de la cheville gauche avec algoneurodystrophie secondaire (M89.0) ;
 - Status après fracture de fatigue de la tête fémorale droite en 2009 (M84.35) ;
 - Calcification péri-articulaire du coude droit dans un contexte d'arthrose débutante ;
 - Arthralgies chroniques dans le cadre d'une hémochromatose homozygote (M14.5) ;
 - Trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) ;
- sans répercussion sur la capacité de travail :
 - Dysthymie (F34.1) ;
 - Agoraphobie avec trouble panique en rémission (F40.01) ;
 - Trouble de la personnalité sans précision (F60.9) ;
 - Déconditionnement musculaire global et focal entretenu par une longue période d'inactivité ;
 - Surcharge pondérale avec pré-obésité, BMI [réd. : indice de masse corporelle] à 29.3 ;
 - Présence de signes de non-organicité selon Smythe et Waddell dans un processus de diminution du seuil de la douleur. »

Ils ont fait part de leur évaluation consensuelle du cas,
notamment comme suit :

« [...] L'examen ostéoarticulaire au SMR ne met pas en évidence de limitations franches dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en œuvre dans une attitude oppositionnelle fluctuante et en relation avec la surcharge pondérale présentée par l'assurée. A signaler l'absence de phénomène inflammatoire au décours lors de l'examen clinique au SMR.

Les différents examens complémentaires radiologiques mis à disposition ne mettent pas en évidence de phénomènes inflammatoires, d'arguments en faveur d'une ostéonécrose aseptique ou d'arguments en faveur d'une algoneurodystrophie au décours. L'assurée présente une ostéoporose évoluant depuis au moins 2004, avec la présence de fractures de fatigue à répétition sur plusieurs sites.

L'examen neurologique est sans particularité.

Le reste de l'examen met en évidence des signes de non-organicité selon Smythe et Waddell dans un contexte de déconditionnement

musculaire global et focal entretenu par une inactivité professionnelle évoluant depuis plus de 8 ans actuellement, aggravés par une hémochromatose à l'origine d'arthralgies fluctuantes et de vraisemblables diminutions du seuil de la douleur.

Au vu des atteintes objectives à la santé (ostéopénie diffuse avec fractures de fatigue multiples), toute activité à charge physique haute ou moyenne est contre-indiquée de façon formelle, sur le plan médical. Les activités antérieures de l'assurée (aide de cuisine, employée dans un restaurant F. _____ Sàrl) sont de ce fait, contre-indiquées.

Notre évaluation de ce jour coïncide avec l'évaluation SMR de 2006. Toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles est théoriquement possible à un taux de 100% sur le plan ostéoarticulaire sans diminution de rendement. L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé, objectives sur le plan somatique, mises en évidence par les différents examens complémentaires mis à disposition et les différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère non-organique mise en évidence par les signes de non-organicité selon Smythe et Waddell, aggravée par le déconditionnement musculaire et une diminution du seuil de la douleur, n'a pas été prise en considération pour l'évaluation de la capacité de travail définitive de l'assurée.

Sur le plan psychiatrique, [...]otre examen clinique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques incapacitantes.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, qui est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. [...]

Cependant, notre assurée souffre de dysthymie qui est une dépression chronique de l'humeur mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. La dysthymie ne représente pas une maladie psychiatrique à caractère incapacitant.

Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée et sur la base du status psychiatrique, le diagnostic d'agoraphobie avec attaques de panique, retenu en 2006 par le Dr P. _____, est en rémission complète, car les critères cliniques de la CIM-10 ne sont plus réunis.

Le trouble de la personnalité sans précision, caractérisé par des traits émotionnellement labiles, type borderline, anxieux et histrioniques, n'est pas décompensé et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. [...]

Vu la pathologie somatique, qui explique la douleur, nous n'avons pas objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Sur la base de documents psychiatriques en notre possession, aucun psychiatre n'a retenu ce diagnostic.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'état de l'assurée s'aggrave en novembre 2010 avec l'apparition d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, compatible avec une incapacité de travail à 100%. Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope, l'état de l'assurée s'améliore progressivement et à l'examen clinique de ce jour, il est en rémission complète. Par conséquent, il ne s'agit pas d'une aggravation qui justifie une incapacité de travail de longue durée et actuellement la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. Vu l'évolution favorable, il ne s'agit pas d'une incapacité de travail de longue durée qui puisse modifier nos conclusions de l'examen clinique de 2006. [...] »

Les spécialistes du SMR ont par ailleurs défini les limitations fonctionnelles, considérant que des « activités à caractère semi-sédentaire à faibles charges physiques » s'imposaient. Etaient contre-indiqués « la position statique prolongée au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions assis/debout, le port de charges supérieur à 2,5kg de façon répétitive, occasionnelle au-delà de 5kg, la position statique debout immobile de type piétinement. » Le périmètre de marche était diminué à environ 15-20 minutes au maximum, en excluant « la montée ou descente d'escaliers avec port de charges, une position en porte-à-faux, en antéflexion ou une position accroupie ou en genuflexion. »

S'agissant de l'évolution du degré d'incapacité de travail, ils se sont exprimés en ces termes :

« Il est resté inchangé en ce qui concerne son activité habituelle. Une pleine capacité de travail avait été retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles établies depuis octobre 2003, à la suite de l'examen bidisciplinaire de janvier 2006. En relation avec la fracture de fatigue de la hanche droite, une incapacité de travail de 100% est reconnue sur une période de 3 mois depuis fin juin 2009. Une capacité de travail de 50% est raisonnablement exigible dans une activité adaptée à partir d'octobre 2009 [...]. Depuis janvier 2010, une pleine capacité de travail est reconnue dans une activité adaptée [...]. Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail exigible de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques et ceci depuis début mai 2011, date de l'amélioration de son état, objectivée à l'examen clinique de ce jour. »

Le Dr X. _____ du SMR a fait siennes les conclusions de ses confrères dans un avis du 29 juin 2011.

L'assurée a été reçue en entretien par le Service de réinsertion de l'OAI le 7 septembre 2011, lequel a procédé à la détermination du préjudice économique de l'assurée. Ce dernier a pris en compte un revenu hypothétique sans invalidité de 45'649 fr. en qualité d'employée de restaurant auprès de F. _____ Sàrl à plein temps et un revenu d'invalidité de 44'936 fr. sur la base de l'ESS dans une activité de la production et des services ne requérant pas de qualification professionnelle particulière. Le degré d'invalidité, après comparaison de ces gains et abattement de 15% du fait des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée, s'élevait à 1,56%. Une aide au placement pouvait être octroyée, ce qui a été le cas par communication du 27 octobre 2011.

A la même date, l'OAI a émis un projet de décision envisageant de refuser à l'assurée une rente d'invalidité, ainsi que d'autres mesures professionnelles, compte tenu d'un degré d'invalidité de 1,56%. Il était relevé au surplus que les brèves périodes d'incapacité totale de travail pour toutes activités n'atteignaient pas le délai de carence d'une année qui permettrait l'ouverture du droit à une rente.

L'assurée a contesté formellement ce projet par correspondance du 14 novembre 2011 à laquelle étaient jointes notamment des copies de rapports du Dr Y. _____, médecin associé au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H. _____, et d'un rapport de scintigraphie osseuse, établi au Centre hospitalier H. _____ le 27 juillet 2011. Ce document fait état des conclusions suivantes :

« Absence d'argument scintigraphique en faveur d'une ostéonécrose.
Probable arthrose débutante coxo-fémorale à droite comme à gauche.
Hyperactivité en phases précoce et tardive intéressant le tarse droit, à mettre en rapport avec des contraintes mécaniques. »

Le SMR, soit les Drs X. _____ et T. _____, s'est prononcé sur ces pièces le 29 novembre 2011, constatant que la coxarthrose bilatérale débutante n'entraînait pas de limitation fonctionnelle supplémentaire, ni ne diminuait la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Vu cet avis, l'OAI a communiqué sa décision le 7 décembre 2011, laquelle est identique au projet de décision du 27 octobre 2011 et est entrée en force faute de recours de l'assurée.

D. En date du 4 janvier 2012, l'assurée a demandé une aide au placement auprès de l'OAI, précisant cependant qu'elle souffrait à ce moment d'une « fracture [de l']orteil ».

Le 6 janvier 2012, elle a fait l'objet d'une radiographie du pied droit réalisée au Centre hospitalier H. _____ dont il est ressorti ce qui suit :

« [...] On retrouve une fracture multifragmentaire épiphysodiaphysaire proximale de P1 du 5^{ème} rayon à droite qui présente une consolidation par rapport au comparatif du 4 novembre 2011, bien que les traits de fracture soient toujours identifiés. On retrouve une discrète marche d'escalier au niveau de l'articulation interphalangienne proximale. Pas d'anomalie identifiable ou de la voûte plantaire. [...] »

Elle a par ailleurs fait parvenir à l'OAI une attestation du Prof. G. _____ du 7 février 2012, lequel a confirmé une incapacité totale de travail et l'impossibilité de sa patiente de se déplacer. Ce praticien a en outre _____ sollicité _____ le 28 février 2012 un avis complémentaire auprès de la Dresse A. _____, médecin associée au Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier H. _____, étant donné les « douleurs et fourmillements » affectant constamment l'assurée. Cette dernière a relevé une « symptomatologie compatible avec un tunnel tarsien des deux côtés » dans un compte-rendu du 1^{er} mai 2012 et envisagé une IRM, ainsi qu'une infiltration, voire une chirurgie plastique en cas de succès partiel de cette mesure.

Dans l'intervalle, en date du 7 mars 2012, l'assurée a adressé à l'OAI une requête formelle tendant à la remise de moyens auxiliaires AI du fait d'une « maladie de Südeck », soit des chaussures orthopédiques de série, sur indication du Prof. G._____.

La prise en charge du coût de ces chaussures a été acceptée par l'OAI dans une communication du 2 juillet 2012.

Par décision du 15 mars 2013, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement accordée à l'assurée faute de collaboration active de celle-ci aux démarches proposées.

E. Le 3 juillet 2014, l'assurée a déposé une troisième formule officielle, complétée à l'adresse de l'OAI, en vue de l'obtention de prestations AI, faisant valoir des « problèmes osseux, fractures multiples [et des] rhumatismes » depuis 2003, tandis que son suivi était toujours assumé par le Prof. G._____.

L'OAI l'a invitée à rendre plausible une modification de sa situation susceptible de se répercuter sur son degré d'invalidité par courrier du 4 juillet 2014.

Le Prof. G._____ a adressé un rapport à l'OAI le 25 août 2014 relatant l'évolution de l'état de santé de sa patiente depuis 2011 en ces termes :

« [...] Depuis novembre 2011 jusqu'à la dernière consultation où j'ai vu [l'assurée], en date du 04 avril 2014, il y a eu une progressive péjoration de son état de santé dû à ses problèmes rhumatologiques : douleurs articulaires et osseuses multiples avec une contracture-limitation du coude droit, de la hanche droite, de la cheville et du pied droits, de la hanche gauche et de la région lombaire. Les examens radiologiques, y compris une scintigraphie osseuse et une IRM, confirment la présence de troubles arthrosiques coxo-fémoraux droits et gauches, hyper-captation du tarse droit qui à l'IRM se traduit par un œdème à la base des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens et de la région cunéiforme droite (rapport d'IRM du 12 avril 2012).

En raison des différentes douleurs qui se sont exacerbées depuis 2011, la mobilité de la patiente est très réduite. La marche est limitée en raison des douleurs distales des membres inférieurs, en ajoutant les symptômes du tunnel tarsien du pied droit, un œdème de tout le pied droit qui a motivé la prescription de chaussures orthopédiques de série (mars 2012). Le manque de mobilité a favorisé une prise de poids qui a elle-même contribué à une baisse de sa mobilité.

En raison des problèmes sus-cités, le nouveau degré d'incapacité de travail est estimé à 100%. Cette incapacité date de fin 2012 et à mon avis, ne va pas se modifier en dépit de la prise en charge médicale en cours.

Je retiens, d'un point de vue médical, un pronostic réservé dû à sa maladie génétique qui favorise les problèmes ostéo-articulaires dégénératifs secondaires. Il n'y a pas de moyen thérapeutique connu qui pourrait inverser ces modifications arthrosiques secondaires à l'hémochromatose. »

Les Drs I._____ et E._____, médecins au SMR, se sont exprimés sur ce document dans un avis du 20 octobre 2014, considérant que le Prof. G._____ avait repris des diagnostics déjà connus. L'assurée n'avait dès lors pas « prouvé » une aggravation de son état de santé.

L'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière le 23 octobre 2014 par lequel il a indiqué à l'assurée qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable une modification substantielle de sa situation depuis la précédente décision de refus de rente.

Dans le cadre de la procédure d'audition, le Prof. G._____ a fait parvenir un rapport complémentaire, daté du 11 novembre 2014, à l'OAI, libellé notamment comme suit :

« [...] [L'assurée] connaît de multiples problèmes dus aux conséquences de ses pathologies ostéoarticulaires, liés d'une part à sa maladie génétique (hémochromatose) et d'autre part à des problèmes chroniques de la cheville qui limitent sa marche. En raison d'un manque d'activité, il y a également eu une prise de poids qui accentue à son tour une lombalgie chronique ainsi que des problèmes de l'appareil locomoteur, surtout aux membres inférieurs. A mes yeux, ses problèmes se sont passablement aggravés ces trois dernières années ; l'espoir d'obtenir une solution médicale à ces multiples problèmes est fort peu probable. Elle présente donc une importante invalidité dont je vous laisse évaluer vous-même le degré. [...] »

Etait annexé à ce document le tirage d'un rapport d'IRM de la cheville droite du 12 avril 2012, lequel faisait état des conclusions suivantes :

« Infiltration sous-cutanée à la face dorsale du pied ainsi que dans une moindre mesure des régions péri-malléolaires interne et externe, non-spécifique. Signes de surcharge des articulations entre les cunéiformes et les trois premiers métatarsiens pouvant éventuellement être en rapport avec l'hémochromatose connue. Pas d'autre arthropathie. »

Les Drs I._____ et E._____ ont analysé ces nouvelles pièces le 25 novembre 2014 et retenu que « les limitations fonctionnelles très restrictives » énumérées dans le rapport d'examen rédigé par le SMR le 21 juin 2011 apparaissaient « objectivement compatibles avec les atteintes à la santé recensées », tandis que le Prof. G._____ n'avait communiqué aucun élément objectif étayant l'aggravation alléguée.

Partant, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière le 27 novembre 2014, identique à son projet de décision du 23 octobre 2014.

F. L'assurée, représentée par PROCAP, Me Caroline Ledermann, a déféré la décision du 27 novembre 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 9 janvier 2015, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction sur le fond de la demande de prestations du 3 juillet 2014, respectivement du 7 mars 2012. Après avoir rappelé les principes applicables eu égard à l'entrée en matière sur une demande de révision, elle a souligné qu'il lui suffisait de rendre plausible une modification substantielle de sa situation, non pas de la prouver. Elle a estimé dans ce contexte que le contenu des rapports établis par le Prof. G._____ à l'appui de sa nouvelle requête du 3 juillet 2014 remplissait largement cette exigence, au vu de la péjoration annoncée de son état de santé global et d'une incapacité de travail qualifiée de totale sous suite d'un pronostic réservé. Elle a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par décision du 14 janvier 2015, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante dès le 9 janvier 2015, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 9 février 2015, en proposant le rejet, considérant l'absence d'élément susceptible de rendre plausible une aggravation ou une nouvelle atteinte à la santé qui affecterait l'assurée.

Aux termes de sa réplique du 27 février 2015, cette dernière a maintenu ses conclusions et s'est derechef référée aux explications communiquées par le Prof. G. _____ à l'OAI à l'appui de sa nouvelle demande de prestations. Elle a par ailleurs soutenu que la date déterminante pour procéder à la révision éventuelle de ses droits était celle du 7 mars 2012, non pas celle du 3 juillet 2014. L'OAI était à son sens entré en matière en mars 2012, mais ne s'était déterminé par décisions que sur le droit à des moyens auxiliaires et une mesure d'aide au placement, sans statuer sur son droit à la rente.

Par duplique du 19 mars 2015, l'intimé a réitéré que les diagnostics avancés par le Prof. G. _____ dès août 2014 étaient déjà connus, concluant une nouvelle fois au rejet du recours.

La recourante a déposé des déterminations complémentaires le 4 juin 2015 et souligné qu'une aggravation de l'état de santé pouvait découler non seulement de la mise à jour de nouveaux diagnostics, mais également d'une évolution défavorable de diagnostics précédemment annoncés à l'administration. Elle a renvoyé au surplus aux descriptions communiquées par le Prof. G. _____ et à la teneur du rapport d'IRM du 12 avril 2012.

E n d r o i t :

1.

1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 Interjeté le 9 janvier 2015 contre la décision de l'intimé du 27 novembre 2014, le recours de l'assurée a été adressé au tribunal compétent en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il

satisfait par ailleurs aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable.

2.

2.1 Est litigieux le refus d'entrer en matière prononcé par l'OAI aux termes de la décision dont est recours, laquelle fait suite à la demande présentée formellement par l'assurée le 3 juillet 2014.

Il appartient dès lors à la Cour de céans de statuer exclusivement sur le point de savoir si l'assurée a rendu plausible une modification significative de l'état de fait, qui justifierait l'instruction au fond et la révision de son droit à des prestations de l'AI sous forme de rente.

2.2 Cela étant, il faut souligner que la recourante se prévaut d'une demande antérieure, déposée par ses soins le 7 mars 2012, en vue de l'obtention de chaussures orthopédiques. En outre, elle rappelle avoir sollicité auparavant une mesure d'aide au placement en complétant une fiche à cette fin adressée à l'OAI le 4 janvier 2012. Elle estime ainsi que l'OAI se devait de réexaminer son droit à la rente dès le 7 mars 2012, voire dès le 4 janvier 2012, puisqu'il était entré en matière sur le droit aux moyens auxiliaires et la mise en œuvre d'une aide au placement, pour lesquels il a statué respectivement par communication du 2 juillet 2012 et décision du 15 mars 2013.

2.2.1 En principe, les prestations d'assurance sociale sont servies à la demande de l'ayant droit : celui qui ne s'annonce pas à l'assurance n'obtient pas de prestations, même si le droit à celles-ci découle directement de la loi (ATF 101 V 261 consid. 2). Aussi, l'art. 29 al. 1 LPGA prévoit-il que celui qui fait valoir un droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite par l'assurance sociale concernée.

Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 consid. 2 et les arrêts cités ; TF [Tribunal fédéral] 9C_ 92/2008 du 24 novembre 2008 consid. 3.2).

2.2.2 On ajoutera que 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, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

2.2.3 Le raisonnement de la recourante quant à la période concernée par le refus d'entrer en matière litigieux ne saurait être suivi au vu des principes jurisprudentiels mis en exergue ci-avant.

En effet, premièrement, il sied de retenir que la fiche d'aide au placement complétée le 4 janvier 2012 par la recourante et adressée à l'intimé dès cette même date s'inscrit dans la continuité de la communication d'octroi de la mesure en cause, datée du 27 octobre 2011.

La recourante perd manifestement de vue dans ce contexte que la mesure d'aide au placement est une mesure concrète réalisée sur le marché effectif du travail, ne visant pas comme telle à sauvegarder ou améliorer la capacité de gain de l'assurée, mais simplement à lui apporter une aide en vue de trouver un emploi adapté. L'aide au placement ne peut ainsi avoir quelconque incidence sur l'appréciation de la capacité de travail et les conséquences économiques qui en découlent légalement (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 503/01 du 7 mars 2003 consid. 3.2 et TF 9C_1078/2009 du 12 juillet 2010 consid. 4.2.1).

L'octroi et la mise en œuvre de l'aide au placement, accordée in casu par communication du 27 octobre 2011, ne sauraient dès lors justifier une procédure de révision des droits de la recourante à une rente d'invalidité.

Deuxièmement, il n'y a pas lieu de déduire de la demande de moyens auxiliaires formulée par l'assurée le 7 mars 2012 qu'elle entendait également solliciter une nouvelle fois une rente ou d'autres mesures professionnelles de l'AI. On relève que la recourante a spécifiquement complété le formulaire intitulé « Demande de prestations AI pour adultes : Moyens auxiliaires » en précisant qu'elle requérait la prise en charge de « chaussures orthopédiques de série ». Dans la mesure où elle avait par le passé complété deux formulaires à l'attention de l'intimé en vue de l'octroi de prestations financières (à savoir les 15 juillet 2004 et 19 juin 2009), elle ne pouvait ignorer l'existence de la formule officielle adéquate pour réclamer le réexamen de tels droits. Elle ne s'y est d'ailleurs pas trompée ultérieurement à l'occasion de sa demande du 3 juillet 2014.

Par ailleurs, l'OAI avait statué à une date très récente sur son droit à une rente AI, soit par décision du 7 décembre 2011, en lui signifiant un refus que l'assurée n'avait au demeurant pas contesté.

Il convient en outre d'observer que la recourante a mentionné, sur le formulaire complété en vue de l'octroi de chaussures orthopédiques,

souffrir d'une « maladie de Südeck » correspondant strictement au diagnostic d'une « algoneurodystrophie ». Elle devait par conséquent être consciente que cette atteinte à la santé avait fait l'objet de récentes investigations au sein du SMR, dont les résultats avaient été consignés dans le rapport d'examen clinique du 21 juin 2011.

Enfin, on notera qu'aucune des pièces médicales versées au dossier à la suite immédiate de la demande de moyens auxiliaires du 7 mars 2012 ne vient corroborer l'argumentation actuelle de la recourante. Il n'était en effet nullement fait mention d'une aggravation de son état de santé dès cette date, de sorte que l'on ne peut reprocher à l'intimé d'avoir statué exclusivement sur le droit aux moyens auxiliaires requis.

Il n'y a ainsi pas lieu de prendre en considération une date antérieure à celle du 3 juillet 2014 - date du dépôt de la troisième demande en vue de l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles - en lien avec l'examen du bien-fondé du refus d'entrer en matière prononcé le 27 novembre 2014.

3.

3.1 En vertu de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012] ;

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.

L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que, lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution

d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies.

3.2 Selon la jurisprudence fédérale (applicable mutatis mutandis à l'actuel art. 87 al. 2 et 3 RAI), l'exigence posée par l'ancien art. 87 al. 3 et 4 RAI 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 alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a).

Une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 372 consid. 2b ; SVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 259).

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'entrer en matière. 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

3.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne

s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références).

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. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou 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 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

On soulignera que l'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 2 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuve sont au contraire sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne

permettra pas de l'établir (ATF 127 V 294 consid. 1c/aa ; TFA I 454/04 du 4 octobre 2005 consid. 3.2 ; Damien Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force in : RSAS 2003 p. 396).

3.4 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 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2). On notera également que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et référence citée).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si, dans le contexte de sa nouvelle demande du 3 juillet 2014, l'assurée a rendu plausible la survenance d'une modification factuelle de nature à influencer sur sa capacité de travail et de gain depuis la précédente décision statuant au fond sur son droit à une rente AI, à savoir celle du 7 décembre 2011.

Par cette décision, l'OAI lui avait nié le droit à cette prestation, motif pris d'un taux d'invalidité de 1,56%, déterminé sur la base d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, telle qu'estimée par les spécialistes du SMR (cf. rapport d'examen clinique du 21 juin 2011).

4.1 On rappellera, à titre préalable, contrairement à ce que laisse entendre le SMR dans ses avis des 20 octobre 2014 et 25 novembre 2014, que l'assurée n'a pas à prouver au degré de la vraisemblance prépondérante une aggravation déterminante de l'état de fait pour que l'intimé soit contraint d'entrer en matière sur sa nouvelle demande. Il

suffit qu'une telle modification soit rendue plausible, ce que l'OAI a d'ailleurs concédé aux termes de ses écritures à la Cour de céans (cf. également considérant 3.3 supra et argumentation de la recourante contenue dans l'acte de recours du 9 janvier 2015 et la détermination du 4 juin 2015).

4.2 S'agissant de l'état de santé de l'assurée jusqu'à la date du 7 décembre 2011, les rapports d'examen bidisciplinaire réalisés au sein du SMR, respectivement les 20 janvier 2006 et 17 mai 2011, dont les conclusions n'ont pas été contestées, renseignent exhaustivement sur les diagnostics retenus et leurs incidences.

Singulièrement, ont été pris en considération à l'issue du rapport du 21 juin 2011 une « ostéopénie diffuse avec fractures de fatigue multiples », des « status après fracture de fatigue de la cheville gauche avec algoneurodystrophie secondaire et de la tête fémorale droite », une « calcification péri-articulaire du coude droit avec arthrose débutante », des « arthralgies chroniques dans le cadre d'une hématochromatose » et un « trouble dépressif récurrent en rémission ».

En outre, les médecins traitants de la recourante avaient mentionné une « capsulite rétractile de l'épaule gauche », tandis que des « signes de surcharge mécanique du pied droit, au niveau des tarses et de l'articulation tibio-péronéenne » avaient été constatées. Des douleurs des hanches droite et gauche avaient été relevées en l'absence toutefois « d'arthrose coxo-fémorale ».

Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes à la santé retenues au SMR imposaient en définitive une activité semi-sédentaire, excluant le port de charges, les positions en porte-à-faux, en antéflexion ou genuflexion et les positions statiques prolongées, le périmètre de marche de l'assurée se trouvant en outre diminué à 15-20 minutes. La capacité de travail dans une activité respectant ces

restrictions demeurerait entière sans que ne fût envisagée une baisse de rendement.

4.3 En l'état actuel, la recourante se prévaut essentiellement de l'aggravation globale de ses douleurs articulaires et osseuses, ainsi que d'une problématique du tunnel tarsien du pied droit, appuyant son argumentation sur les rapports du Prof. G._____ des 25 août 2014 et 11 novembre 2014.

Il convient de constater, à l'instar du SMR, que le Prof. G._____ a effectivement mentionné des diagnostics précédemment connus de l'administration et relayé pour partie les plaintes alléguées par sa patiente, tout en concluant que « ses problèmes s'[étaient] passablement aggravés ces trois dernières années ».

Ces remarques ne suffiraient certes pas à justifier à elles seules l'entrée en matière de l'OAI sur la demande de prestations du 3 juillet 2014.

Cela étant, il n'en demeure pas moins que ce spécialiste a exposé également des « troubles arthrosiques coxo-fémoraux à droite et à gauche », tels que mis en évidence à leur stade débutant, notamment par des examens radiologiques et la scintigraphie osseuse du 27 juillet 2011.

Ces éléments objectifs, quand bien même évoqués pour la première fois à une date antérieure à celle du 7 décembre 2011, sont par essence de nature évolutive et s'avèrent susceptibles aussi bien d'expliquer les manifestations douloureuses désormais alléguées que d'engendrer des limitations fonctionnelles supplémentaires. En effet, les médecins du SMR avaient encore retenu le 29 novembre 2011 qu'une coxarthrose bilatérale « débutante » n'entraînait pas de limitation fonctionnelle supplémentaire, ni ne diminuait la capacité de travail. Le Prof. G._____ évoque toutefois dans son rapport du 25 août 2014, donc un peu plus de trois ans après le rapport de scintigraphie osseuse du 27

juillet 2011 qui révélait les coxarthroses « débutantes », une progressive péjoration aux hanches en s'appuyant sur des examens radiologiques et une scintigraphie osseuse qui auraient récemment été effectués. Faute d'éléments objectifs qui contrediraient d'emblée cette appréciation, on ne peut reprocher à la recourante de ne pas avoir rendu plausible une modification au sens de l'art. 87 RAI, même si une instruction plus poussée ne confirmera éventuellement pas une évolution donnant droit à de nouvelles prestations (cf. ci-dessus considérant 3.3. in fine).

En outre, a été relatée une « hyper-captation du tarse droit avec un œdème des 1^{er} et 2^{ème} métatarsiens et de la région cunéiforme droite » aux termes du rapport d'IRM du 12 avril 2012, ce qui restreindrait la mobilité de l'assurée et favoriserait des « problèmes ostéo-articulaires dégénératifs secondaires ».

Le Prof. G. _____ souligne d'ailleurs que le contexte de l'œdème du pied droit a justifié le port des chaussures orthopédiques prises en charge par l'OAI selon communication du 2 juillet 2012.

Cette problématique affectant l'assurée au pied droit – si elle n'a certes pas imposé en soi que la demande de moyens auxiliaires du 7 mars 2012 fût considérée également comme une demande de révision du droit à la rente – rend néanmoins plausible une péjoration globale de l'état de la recourante, compte tenu de l'évolution concomitante de l'arthrose coxo-fémorale.

Force est dès lors de retenir que les éléments avancés par l'assurée à l'appui de sa demande de révision du 3 juillet 2014 rendent plausible une altération de sa situation médicale, sur le plan strictement somatique. Une telle modification, pour autant qu'elle soit avérée, serait par ailleurs de nature à entraîner des limitations fonctionnelles plus restrictives, voire à réduire la capacité de travail et de gain exigible. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il instruisse au fond le dossier de l'assurée des suites de sa nouvelle demande de prestations du 3 juillet 2014, en procédant aux investigations médicales utiles et, en cas

de modification effective de l'exigibilité, à une nouvelle évaluation de l'invalidité de l'assurée.

5. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision du 27 novembre 2014 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour entrée en matière sur la demande de prestations AI déposée le 3 juillet 2014, soit instruction au fond avant nouvelle décision.

5.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sont arrêtés à 400 francs.

5.2 Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 1'800 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 11 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.

- III. 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.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, Me Caroline Ledermann, à Bienne (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :