

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 juin 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Neu et Métral
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

T._____, à Clarens, recourante, représentée par Me Caroline Ledermann,
avocate auprès du Service juridique de Procap, à Bienne (BE),

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 9 octobre 1997, T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, ressortissante suisse, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) une première demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente. Elle invoquait une atteinte maniaco-dépressive ainsi que de violentes douleurs non expliquées ni soignées.

Procédant à l'instruction de la cause, l'office AI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée à l'Hôpital psychiatrique W._____. Dans leur rapport du 9 novembre 1998, les Drs X._____, médecin adjoint, et Q._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics suivants : troubles mentaux et troubles du comportement dus à la consommation d'opiacés (F 11.22) et trouble de l'humeur persistant (F 34.8).

Par décision du 8 décembre 1999, l'office AI a rejeté la demande de rente. Il a considéré que l'assurée n'était pas invalide au sens de la loi, la toxicomanie ne pouvant être considérée comme une atteinte à la santé diminuant la capacité de gain que si elle est la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé elle-même invalidante.

Statuant par jugement du 15 juin 2000 (cause n° AI 40/00 - 148/2000), le Tribunal des assurances du canton de Vaud (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud) a rejeté le recours formé par l'assurée contre cette décision. Il a en particulier considéré ce qui suit (considérants 2c et 3) :

« S'agissant en particulier de la toxicomanie, elle ne saurait à elle seule constituer une cause d'invalidité selon l'article 4 LAI ; elle le peut seulement, en relation avec une atteinte à la santé mentale ou physique, considérée comme une maladie, qui réduit la capacité de gain et qui conduit à la dépendance ; on ne saurait déduire du seul risque de rechute que l'invalidité menace de manière imminente la personne assurée. Ainsi, pour être invalidante au sens de la loi, la toxicomanie doit avoir provoqué une maladie ou un accident qui

entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (...).

3. En l'espèce, il ressort du rapport d'expertise que lorsqu'elle a commencé de se droguer, en mars 1992, la recourante se trouvait certes dans une situation personnelle et familiale fortement perturbée, mais rien ne permet d'admettre qu'elle souffrait alors d'une maladie physique ou mentale au sens de l'article 4 LAI qui a entraîné sa dépendance à la drogue. En outre, la consommation de stupéfiants n'a pas non plus causé une telle maladie ; il apparaît en effet indéniable que l'incapacité de travail de 75% attestée par les experts est due à la toxicomanie elle-même et non aux troubles mentaux et aux troubles du comportement qu'elle a entraînés. Ainsi, c'est à juste titre que l'administration a considéré que, une fois débarrassée de sa toxicomanie, la recourante sera à même de reprendre une activité lucrative dans le métier qu'elle a appris, soit téléphoniste à l'entreprise G._____ . »

Ce jugement n'ayant pas été contesté, il est entré en force.

B. Désormais mariée et mère de deux enfants nés en 2003 et 2005, l'assurée a déposé, en date du 4 avril 2012, une seconde demande de prestations, traitée par l'office AI comme une demande de révision, ce dont il a informé l'intéressée par lettre du 24 avril 2012. Femme au foyer depuis 1994, elle a fait état des atteintes à la santé suivantes : douleurs chroniques d'origine neuro-orthopédique chroniques. Dépression chronique / « hépatite C / chorée de Huntington ».

Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'administration a recueilli des renseignements auprès de deux des médecins mentionnés par l'assurée dans sa demande (Drs H._____ et D._____).

Répondant à l'office AI par lettre du 10 mai 2012, le Dr H._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics suivants : personnalité émotionnellement labile, syndrome de stress post-traumatique (coma sur détresse respiratoire aiguë de l'adulte en décembre 2010), porteuse génétique de la chorée de Huntington (mère atteinte résidant en EMS), antécédents d'abus / dépendance (alcool, stupéfiants, benzodiazépines), syndrome des tunnels tarsiens et carpiens. Il a relevé une aggravation majeure de l'état de santé à la fin de l'année 2010 lors d'une pneumonie avec détresse

respiratoire et coma prolongé, celle-ci ayant probablement causé un syndrome de stress post-traumatique avec plainte de troubles mnésiques et de l'attention, fatigabilité augmentée et état anxio-dépressif marqué. Le Dr H._____ a considéré que l'incapacité de travail était totale depuis le mois de décembre 2010 au moins et a réservé son pronostic pour le futur.

De son côté, dans son rapport du 11 mai 2012, le Dr D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F 43.1), un trouble panique avec agoraphobie (F 40.01), un trouble de la personnalité émotionnellement labile (F 60.3), un syndrome de dépendance aux opiacés, actuellement abstinent (F 11.20) ainsi que des antécédents dépressifs avec tentative de suicide. Après une appréciation du cas, ce praticien a écrit en guise de conclusion que le pronostic était mauvais compte tenu de la sévérité des troubles qui s'étaient aggravés, des nombreuses comorbidités, de la durée des symptômes sans rémission prolongée et du peu d'effets des traitements (médicamenteux et psychothérapie de soutien) pourtant conséquents mis en place à sa consultation depuis deux mois. L'incapacité de travailler était totale dans toute activité depuis le mois de février 2012 au moins.

Examinant les pièces médicales recueillies, le Dr R._____ du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) s'est exprimé en ces termes dans un avis du 19 juin 2012 :

« [...]

Selon son médecin-traitant, elle [l'assurée, réd.] présente suite à une pneumonie compliquée alors de détresse respiratoire, un état de stress post-traumatique.

Elle présenterait un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Il est évoqué le fait qu'elle soit porteuse du gène de chorée de Huntington, rappelé les antécédents de dépendance multiple (alcool, stupéfiants, benzodiazépines), évoqué un syndrome du défilé cervico-thoracique, des tunnels tarsiens, des tunnels carpiens.

L'incapacité est retenue entière (dans toute activité) depuis la pneumonie, en décembre 2010.

Aucune des affections retenues incapacitantes n'est documentée. Toutefois, rappelons l'instruction précédente permettant de conclure à une dépendance primaire.

A cela s'ajoute que l'entité « stress post-traumatique » est particulière, réactionnelle, durant rarement au-delà de quelques mois et constituée de l'association obligée d'intrusions, évitement persistant et activation neurovégétative, qui n'apparaissent pas.

Etre porteuse du gène de la chorée de Huntington ne signifie pas présenter les signes de cette maladie ; cela ne justifie aucune incapacité de travail.

L'évocation d'un possible syndrome du défilé cervico-thoracique, syndrome des tunnels tarsiens et des tunnels carpiens n'apporte aucune information sur leur état après traitement approprié et ne justifient pas, en l'état, [une] quelconque incapacité au travail.

Le rapport psychiatrique qui suit est daté du 11 mai 2012 et soutient la présence encore actuelle d'un état de stress post-traumatique ; alors que la documentation - « humeur fluctuante, dysphorie souvent, avec irritabilité, nervosité, intolérance au stress, troubles du sommeil, troubles de la mémoire et de la concentration, hyperactivité » - ne permet de retenir aucune affection psychiatrique constituée, au sens des ouvrages de référence, dont la CIM-10.

Il en va de même des diagnostics soutenus de trouble panique avec agoraphobie, trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et des antécédents dépressifs avec tentative de suicide.

En l'état du dossier et comme par le passé, il faut conclure à nouveau à une capacité de travail entière dans toute activité, théoriquement depuis toujours, sans limitation fonctionnelle justifiée. »

Par projet de décision du 26 juillet 2012, l'office AI a nié le droit de l'assurée à des prestations. Sur la base des rapports médicaux du mois de mai 2012 des Drs H. _____ et D. _____, il a estimé qu'aucune des affections considérées par ces praticiens comme étant incapacitantes n'était documentée. En outre, le rapport du Dr D. _____ ne permettait pas de retenir une affection psychiatrique invalidante au regard du droit de l'assurance-invalidité. Quant à l'instruction précédente, elle avait abouti à la conclusion d'une dépendance primaire, laquelle ne constitue pas une invalidité au sens de la loi.

Dans le délai accordé par l'office AI à l'assurée pour motiver son objection, le Dr D. _____ a fait parvenir à l'administration un

nouveau rapport daté du 5 octobre 2012. Aux diagnostics figurant dans son rapport du 11 mai 2012, il a ajouté celui de trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F 31.2). Il a expliqué qu'au cours de ses vacances d'été 2012, l'assurée avait développé une symptomatologie maniaque, laquelle avait persisté à son retour sous la forme d'une humeur euphorique. Celle-ci s'accompagnait d'une hyperactivité, d'une logorrhée avec fuite des idées, de perturbations importantes du sommeil, d'une désinhibition sociale ainsi que d'idées mégalomaniaques délirantes. S'en étaient suivis une intensification de la prise en charge et l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur. Tout en relevant une stabilisation de l'état de santé de l'assurée sous traitement médicamenteux adéquat, le Dr D. _____ estimait que le risque de rechute était important. Dans ces conditions, il était d'avis que l'incapacité de travailler était totale, ceci de manière durable, avec des limitations fonctionnelles nombreuses : troubles relationnels, agressivité, gestion difficile des émotions, difficultés dans les tâches administratives, difficultés à maintenir un rythme diurne / nocturne, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation et capacités limitées d'organisation et d'adaptation au changement.

Se prononçant sur ce rapport dans un avis du 16 octobre 2012, le Dr R. _____ a écrit ce qui suit :

« [...]

Le dernier rapport du Dr D. _____ n'apporte aucun élément médical nouveau ; en effet, particulièrement en présence d'éléments émotionnellement labiles de type borderline, chez une assurée traitée par Efexor et Reméron, dont l'un des effets secondaires connus est justement le virage maniaque ou maniforme, sans aucune garantie que cela se soit produit alors qu'elle était abstinente de longue date, il n'est pas permis de retenir le diagnostic évoqué et non documenté actuellement soutenu.

Ce trouble bipolaire retenu incapacitant reste le diagnostic différentiel du trouble de personnalité borderline. Or, aucun élément apporté actuellement ne confirme sa présence ; d'autant que les possibles éléments maniaques sont amendés, alors que l'Efexor a été retiré du traitement de fond et que le Reméron suivra le même sort.

Comme je l'indiquais dans l'avis SMR cité, le syndrome de stress post-traumatique est une affection durant habituellement quelques

mois, faite de l'association obligée d'intrusions, évitement persistant et activation neurovégétative ; il est rarement chronique, comme soutenu actuellement ; rarement, il évolue en modification durable de la personnalité suite à [une] expérience de catastrophe, ce qui n'apparaît pas.

Il en va de même pour les autres diagnostics, dont la documentation manque également.

Le tout en présence d'une toxicomanie primaire, confirmée par jugement du TCA du 15 juin 2000.

En l'état du dossier, les conclusions du SMR ne peuvent toujours pas être modifiées ; à savoir capacité de travail entière dans toute activité, sans limitation fonctionnelle durable justifiée. »

Par décision du 7 novembre 2012, dont la motivation était identique à celle de son projet, l'office AI a confirmé son refus de servir ses prestations à l'assurée. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a pris position sur les explications avancées par le Dr D. _____ dans son rapport du 5 octobre 2012, en reprenant les considérations exprimées par le Dr R. _____ dans l'avis précité.

C. Par acte du 7 décembre 2012, T. _____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique visant à constater son droit à des prestations. Subsidiairement, elle a demandé le renvoi du dossier à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle estimait que les diagnostics mentionnés par le Dr D. _____ ne pouvaient pas simplement faire l'objet d'un avis sur la base du dossier. Pour le surplus, invoquant des moyens financiers modestes, elle a demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Elle a enfin sollicité l'octroi d'un délai lui permettant de consulter un avocat afin de compléter la motivation de son mémoire.

Par décision du 22 janvier 2013, le magistrat instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 décembre 2012, l'intéressée étant exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires.

Le 4 février 2013, l'office intimé a déclaré qu'il s'était prononcé dans le cadre de la procédure d'audition sur les pièces médicales produites, de sorte qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée. Il préavisait par conséquent pour le rejet du recours.

Dans un mémoire complémentaire du 11 mars 2013, la recourante, désormais représentée par Me Caroline Ledermann, avocate auprès du Service juridique de Procap, soutient que, l'intimé n'ayant pas refusé d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 10 avril 2012, il lui incombait de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 7 novembre 2012 et les circonstances existant à l'époque de la décision du 8 décembre 1999, par laquelle la demande de prestations du 9 octobre 1997 avait été rejetée. Or, cette comparaison n'est plus sérieusement possible dès lors que les pièces du dossier précédent ont été détruites et ne sont ainsi plus accessibles. Dans ces conditions, la recourante estime que l'intimé ne saurait valablement continuer de se référer à l'instruction ayant donné lieu au refus initial de prestations, en particulier au rapport des Drs X. _____ et Q. _____, dans la mesure où il n'est plus possible de prendre connaissance de son contenu, excepté le bref résumé figurant dans le jugement du 15 juin 2000. Quoi qu'il en soit, si, à l'époque, il était question essentiellement d'un trouble de la dépendance doublé d'un trouble de la personnalité, la symptomatologie s'est actuellement singulièrement alourdie en raison de la présence d'un trouble maniaco-dépressif et d'un état de stress post-traumatique, ainsi que d'autres troubles divers évoqués par le Dr D. _____ dans son rapport du 5 octobre 2012. Si la recourante convient que ces pathologies sont peu documentées, elle considère en revanche qu'il appartenait à l'office intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires, ce qu'il n'a pas fait, en dépit des observations circonstanciées du Dr D. _____ à propos de l'incapacité de travail totale qu'il lui a reconnue. Dans ce sens, les avis du SMR ne sauraient en faire purement et simplement abstraction. Par conséquent, la recourante conclut sous suite de frais et dépens à l'annulation de la décision attaquée et à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à compter du 1^{er} octobre 2012. Subsidiairement, elle demande qu'il soit

statué sur son droit aux prestations après la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, plus subsidiairement encore, que le dossier soit renvoyé à l'office intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

Le 9 avril 2013, l'office AI a fait savoir que les avis du Dr R._____ du 19 juin 2012 et du 16 octobre 2012 satisfaisaient aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante. Par ailleurs, aucun élément médical nouveau n'ayant été apporté depuis lors susceptible de mettre en doute les conclusions de ce médecin, l'intimé proposait derechef le rejet du recours.

Se déterminant en date du 30 avril 2013, la recourante rappelle que la position de l'office intimé n'a pas varié depuis la décision du 8 décembre 1999, alors même que les problèmes médicaux ayant motivé la seconde demande de prestations du 10 avril 2012 sont différents de ceux ayant conduit à la demande du 9 octobre 1997. Elle indique que, depuis son abstinence en 1998, elle présente des troubles anxieux plus marqués avec attaques de panique et aggravation nette à fin 2010 avec choc septique et coma artificiel et nouvelle aggravation en février 2012. En juillet 2012, une décompensation maniaque a permis de mettre à jour un trouble bipolaire de type I. Dans ces conditions, la recourante peine à comprendre comment le SMR peut conclure à l'absence d'éléments médicaux nouveaux. Elle affirme que cette position confine à la mauvaise foi, dès lors que les pièces du dossier antérieures au 9 décembre 1998 auraient été égarées. En définitive, les avis du SMR du 19 juin 2012 et du 16 octobre 2012 se fondent sur une instruction totalement insuffisante, de sorte que la recourante maintient intégralement ses conclusions.

Le 1^{er} mai 2013, cette écriture a été transmise pour information à l'office intimé, qui n'a pas réagi.

D. Le 22 avril 2014, la recourante a produit spontanément deux nouveaux rapports médicaux.

Dans un rapport du 8 mars 2014 destiné à la Dresse Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la psychologue clinicienne FSP I._____ a rendu compte de l'examen psychologique pratiqué le 6 mars précédent au cours duquel elle a fait subir à l'assurée le test TAT et le test de Rorschach. Après quelques commentaires relatifs aux observations effectuées à cette occasion, elle a conclu son appréciation en ces termes :

« Le tableau présenté est celui d'un fonctionnement de personnalité de niveau état-limite, organisé de façon très pure autour de l'angoisse de perte d'objet, l'affect dépressif est alors surinvesti et le sujet trouve sa valorisation dans la mise en avant du vécu de victime, celle-ci témoignant finalement de sa capacité à faire face seule, voire à porter l'objet insuffisant. On ne relève aucune caractéristique psychotique, chez une patiente présentant une bonne capacité de différenciation entre réalité et imaginaire. »

Le second rapport, daté du 4 avril 2014, émane de la Dresse Z._____. Résumant l'anamnèse de l'assurée et décrivant le status, elle a ensuite posé les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2) ; hypomanie (F 30.0) ; syndrome de dépendance chronique au cannabis et aux benzodiazépines (F 11.2 et F 12.2) et trouble de la personnalité de type borderline (F 60.31). Bénéficiant d'une psychothérapie de soutien avec séances hebdomadaires et d'un traitement médicamenteux, l'assurée présente selon cette praticienne une incapacité totale de travailler. La Dresse Z._____ n'exclut toutefois pas une capacité maximale de 50% en fonction de l'évolution et sur la base des quelques progrès constatés, l'activité devant cependant être exempte de pression. Revenant ensuite sur les tests psychologiques effectués, elle s'est exprimée comme suit au terme de son analyse :

« Il s'agit d'une aggravation des troubles présentés par cette patiente depuis de nombreuses années.

Les troubles dépressifs, de la personnalité, l'hypomanie et l'addiction forment un tableau clinique complexe nécessitant des soins lourds pour une meilleure stabilité.

Ces troubles évoluent depuis l'enfance-adolescence et ont à ce jour une évolution chronique et ont entraîné un certain handicap constant au quotidien.

L'incapacité de travail est totale et durable actuellement mais si les quelques progrès faits dernièrement se maintiennent, la patiente pourrait tenter une activité adaptée de maximum 50% avec l'aide de mesures d'adaptation et de réinsertion professionnelle mises en place avec la collaboration de l'Office AI. »

Dans ses déterminations du 14 mai 2014, l'office intimé s'est référé à l'avis du SMR du 12 mai précédent. Rédigé par le Dr B._____, celui-ci a fait les observations suivantes :

« Je lis ce dossier pour la première fois ce jour. La décision AI initiale du 10 décembre 1999 a été confirmée par le jugement du 15 juin 2000. Cette décision repose sur le rapport médical du 19 novembre 1997 du Dr K._____ et sur l'expertise psychiatrique du 9 novembre 2008 [recte : 1998] (page 2 du jugement du 15 juin 2000). Ces deux pièces médicales ne me sont pas accessibles [à] ce jour. Je ne prononcerai donc pas sur leur contenu et je ne pourrai donc pas établir l'évolution de l'état de santé psychique depuis la décision initiale du 10 décembre 2009 [recte : 8 décembre 1999].

L'assurée a déposé une nouvelle demande le 10 avril 2012 et les comptes individuels n'ont pas été mis à jour.

L'avis médical du 19 juin 2012 signé par le Dr R._____ conclut « à nouveau à une capacité de travail entière dans toute activité ... » alors que le Dr D._____ décrivait dans son rapport du 11 mai 2012 une aggravation fin 2010 « dans le cadre d'une hospitalisation pour pneumonie et choc septique » § 4 page 2, puis le Dr D._____ écrivait au § 5 de la page 2 « Le trouble panique s'est aggravé encore en février 2012. La patiente relate plusieurs attaques de panique hebdomadaires ». Puis en page 3, un traitement associant 2 antidépresseurs est rapporté être prescrit à l'assurée.

De plus, l'avis du Dr D._____ n'était pas contredit par le Dr H._____, médecin de famille de l'assurée, qui, dans son courrier du 10 mai 2012, retenait aussi une aggravation vers fin 2010.

Dans les faits, dans son courrier du 5 octobre 2012, le Dr D._____ décrit, de façon précise et circonstanciée au deuxième paragraphe de la page 2, une symptomatologie maniaque pendant plusieurs semaines durant l'été 2012.

Dans un avis SMR du 16 octobre 2012 contresigné par le Dr L._____, le Dr R._____ balayait la position du Dr D._____ au motif que le virage maniaque décrit par ce psychiatre FMH, ne serait que la conséquence d'un effet secondaire médicamenteux, ce qui est possible mais pas prouvé. Il ne s'agissait donc que d'une hypothèse, insuffisante à elle seule pour balayer l'appréciation du Dr D._____, psychiatre FMH. Un complément d'instruction aurait déjà dû être mis en place à l'automne 2012.

Dans un courrier manuscrit daté du 4 avril 2014, la Dresse Z._____, psychiatre, évoque une addiction au cannabis [et] aux benzodiazépines. Elle retient comme diagnostics, sur la base de son anamnèse et de ses examens cliniques, un épisode dépressif sévère, une hypomanie et un trouble de la personnalité tout en n'écartant pas une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée sans décrire cependant de limitations fonctionnelles psychiques. La clinique étant qualifiée de très fluctuante, on ne peut pas non plus retenir sans avoir examiné l'assurée un état de santé permettant de mettre en valeur une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Bien que les diagnostics de la Dresse Z._____ soient différents de ceux avancés par le Dr D._____ deux ans plus tôt, le tableau clinique décrit nous semble similaire.

Dans l'état actuel du dossier et de l'instruction menée antérieurement, j'estime qu'une modification fin 2010 de l'état de santé de cette assurée de 46 ans et qu'une aggravation psychiatrique en février 2012 ne peuvent être écartées sans une instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique. »

Sur cette base, l'intimé a convenu de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 19 mai 2014, les déterminations de l'office AI ont été transmises pour information à la recourante, qui n'a par la suite pas demandé à se prononcer.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 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 et 58 LPGA, 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.

b) 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 ; RSV 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations.

3. a) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité : un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le

travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Lorsque la rente a été refusée une première fois parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 3 en lien avec l'alinéa 2 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75 ss), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351).

c) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin,

éventuellement aussi d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1 et la référence). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les références).

L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que

la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 p. 467 ss. ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

4. En l'espèce, en déposant une deuxième demande de prestations AI au mois d'avril 2012, la recourante fait implicitement valoir une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations rendue par l'office AI le 8 décembre 1999, confirmée par jugement du Tribunal des assurances du 15 juin 2000. En lui déniait le droit à des prestations par décision du 7 novembre 2012, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante. Il convient dès lors d'examiner si c'est à bon droit que ce refus a été prononcé. Il s'agit en d'autres termes de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié entre la décision du 8 décembre 1999 et la décision litigieuse, de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

a) Sur le plan somatique, la recourante a produit un rapport du 10 mai 2012, dans lequel son médecin traitant, le Dr H._____, a fait état d'un coma sur détresse respiratoire en décembre 2010 ainsi que d'un syndrome des tunnels tarsiens et des tunnels carpiens. Ces atteintes ne sont toutefois pas documentées. En effet, le praticien prénommé ne fournit aucun élément sur ces pathologies et ne se prononce pas sur leur caractère invalidant éventuel. Il admet certes une incapacité totale de travail à la suite d'une pneumonie avec détresse respiratoire et coma

prolongé survenus à la fin de l'année 2010, mais il semble plutôt estimer que c'est le stress post-traumatique en découlant, associé à d'autres facteurs relevant de la sphère psychique, tels que des troubles mnésiques et de l'attention ainsi qu'un état anxio-dépressif marqué, qui justifieraient le taux d'incapacité retenu. Dans cette mesure, en l'absence d'éléments probants susceptibles de rendre plausible une éventuelle péjoration due à des atteintes somatiques, l'office AI était fondé à nier toute aggravation de l'état de santé de la recourante sous cet angle.

b) Cela étant, on ne voit pas, à la lecture de ses différentes écritures, que la recourante attribuerait aux atteintes somatiques qu'elle présenterait l'aggravation alléguée de son état de santé. Bien plutôt, s'appuyant en cela sur les rapports du Dr D._____ des 11 mai 2012 et 5 octobre 2012, elle impute dite péjoration à différentes pathologies psychiques, lesquelles ne se recoupent pas avec celles ayant abouti au refus de prestations du 8 décembre 1999. La recourante estime dès lors qu'elles auraient dû faire l'objet de mesures d'instruction de la part de l'office intimé, ce que celui-ci a nié jusqu'au dépôt par la recourante, en procédure judiciaire, des comptes-rendus de la psychologue I._____ et de la Dresse Z._____. Se référant aux déterminations de son SMR, il convient désormais, dans sa lettre du 14 mai 2014, de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ce dont il y a lieu de prendre acte.

c) Dans son avis médical du 12 mai 2014, le Dr B._____ relève que, tant le Dr H._____ que le Dr D._____ s'accordent pour admettre une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la fin de l'année 2010, dans le cadre d'une hospitalisation pour pneumonie et choc septique. Par ailleurs, dans ses rapports du 11 mai 2012 et du 5 octobre 2012, le Dr D._____ relatait respectivement plusieurs attaques de panique hebdomadaires avec aggravation au mois de février 2012 et décrivait, d'autre part, de façon précise et circonstanciée, une symptomatologie maniaque pendant plusieurs semaines au cours de l'été 2012. En outre, le Dr B._____ estime que, même si les diagnostics posés par la Dresse Z._____ (rapport du 4 avril 2014) sont différents de ceux retenus par le Dr D._____ deux ans auparavant, le tableau clinique

paraît similaire, de sorte que l'existence d'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique est envisageable à compter du mois de février 2012 déjà. Il considère ainsi que les observations du Dr D._____ ne pouvaient purement et simplement être écartées au regard de la symptomatologie mise en exergue par ce spécialiste.

Contrairement à ce qu'affirmait l'intimé à l'origine, il ne pouvait être accordé une valeur probante à l'appréciation du volet psychiatrique par le Dr R._____, celui-ci n'étant déjà pas spécialiste en psychiatrie. Les déclarations de ce médecin n'étaient pas aptes à écarter de manière convaincante la position du psychiatre, Dr D._____, qui avait attesté une incapacité de travail totale dès février 2012 au moins. Si le Dr R._____ estimait qu'il manquait une documentation de la part des médecins traitants, il importait à l'office AI de procéder à un examen approfondi. L'office AI ne pouvait alors se contenter de l'avis du Dr R._____. L'office AI n'avait dès lors à tort pas mandaté un spécialiste en psychiatrie. De plus, le Dr R._____ mettait dans son avis du 16 octobre 2012 également en doute le fait que la recourante soit abstinente de longue date, voire soutenait qu'elle était toujours toxicomane, sans qu'il indique d'où il tirait cette constatation, si ce n'est de l'arrêt du Tribunal des assurances du 15 juin 2000 (cf. les formulations du Dr R._____ : « sans aucune garantie que cela se soit produit alors qu'elle était abstinente de longue date » et « Le tout en présence d'une toxicomanie primaire, confirmée par jugement du TCA du 15 juin 2000 ») ; les rapports des médecins traitants ne contenaient aucune déclaration dans ce sens. Le manque de valeur probante de l'avis du Dr R._____ s'impose d'autant plus que ce médecin n'avait lui-même jamais examiné personnellement la recourante, bien qu'il retenait, certes partiellement à juste titre, que la documentation des médecins traitants était insuffisante. Il s'avère donc que l'instruction sur laquelle se basait la décision attaquée était insuffisante. C'est dès lors en automne 2012 qu'un complément d'instruction aurait dû être effectué.

d) Subsiste la question de savoir si ce complément d'instruction doit être mis en œuvre par le tribunal de céans ou s'il incombe à l'administration de le diligenter.

Selon la jurisprudence, un renvoi à l'office AI est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence). En entrant en matière sur la demande de prestations, il revenait à l'administration de procéder à toute mesure d'instruction idoine en vue de déterminer si la modification de l'invalidité s'était effectivement produite (cf. consid. 3b supra), ce qu'il n'a pas fait. Le Dr B._____ le reconnaît expressément, puisqu'il admet qu'un « complément d'instruction aurait déjà dû être mis en place à l'automne 2012 », soit avant que la décision entreprise ne soit rendue. Il convient par conséquent de renvoyer le dossier à l'office AI afin qu'il fasse administrer une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPGa, en vue de déterminer la capacité de travail de la recourante au regard des affections psychiques qu'elle présente. Cela fait, une nouvelle décision sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité sera rendue.

e) Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 7 novembre 2012, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

5. Ayant procédé par l'intermédiaire d'une avocate du Service juridique de Procap, 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 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGa, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [Tarif vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV

173.36.5.2]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 300 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 300 fr. (trois 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 T. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Caroline Ledermann, avocate auprès du Service juridique de Procap (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :