

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2014

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Le 16 janvier 2008, I._____ (ci-après : l'assurée), née en 1960, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, précisant souffrir d'une dépression depuis mai 2005.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a instruit cette demande et requis la production de rapports médicaux.

Dans un rapport du 22 avril 2008, les Drs J._____ et K._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistant à N._____, Secteur psychiatrique [...], ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.21), existant depuis au moins dix ans, de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission (F33.4), et de troubles de la personnalité avec des traits dépendants, passifs-agressifs et masochiques (F61.0), présents depuis la fin de l'adolescence. Les médecins mentionnaient un état de santé stationnaire et visaient, eu égard à l'affection psychiatrique chronique, une stabilisation de l'état psychique de la patiente, de manière à éviter des rechutes dépressives. Dans l'annexe au rapport, les Drs J._____ et K._____ indiquaient que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité habituelle était importante mais difficile à préciser au vu de la fluctuation de l'état psychique ; ils la situaient autour de 50%, relevant qu'une amélioration pouvait théoriquement être imaginée par l'exigence d'un sevrage alcoolique mais que son utilité était toutefois douteuse si la démarche ne s'inscrivait pas dans un projet thérapeutique.

Dans un rapport du 19 mai 2008, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué, comme affectant la capacité de travail, une insuffisance respiratoire sur bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après :

BPCO), existant depuis 2000, et un syndrome de dépendance chronique à l'alcool, déconditionnement physique global et personnalité émotionnellement labile, dépendante, existant depuis 2000. Au plan somatique, le pronostic était réservé au vu de l'importance de la BPCO et du déconditionnement physique global. Au plan psychiatrique, le Dr L._____ relevait que les spécialistes étaient peu optimistes vu la limitation des ressources. Il estimait ainsi que dans le cadre d'une activité peu exigeante, tant mentalement que physiquement, la capacité de travail ne pouvait dépasser 25%. Dans l'annexe au rapport, il mentionnait que la capacité de travail pouvait être améliorée par un sevrage, un reconditionnement physique et un traitement psychiatrique.

Interpellés par l'OAI, les Drs J._____ et K._____ ont indiqué, dans un courrier du 9 juillet 2008, que l'assurée n'avait pas suivi de cure de désintoxication alcoolique, une telle démarche n'ayant pu être entamée dans le passé. Ils précisaient en outre ce qui suit :

« La question d'une telle démarche s'est posée dans le cadre de sa prise en charge psychiatrique. Cependant, il nous apparaît qu'un objectif d'abstinence est trop ambitieux, du moins à court et moyen terme, la problématique de dépendance étant compliquée par une lourde comorbidité psychiatrique, à savoir un trouble de la personnalité sévère. La prise en charge en réseau actuelle (associant son médecin traitant le Dr L._____ et M. C._____ de la [...]) a déjà permis une certaine stabilisation au niveau psychique et une diminution de sa consommation d'alcool. Cette prise en charge nous semble correspondre actuellement de manière optimale aux besoins et aux ressources de cette patiente. »

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré, au terme de son rapport du 13 août 2008, que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il se référait à cet égard à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. Il relevait en outre que le trouble dépressif récurrent annoncé par N._____ était qualifiée d'« en rémission ». De

plus, le concept de personnalité masochique - eu égard au diagnostic de trouble de la personnalité avec traits dépendants, passifs-agressifs et masochiques - était du champ de la psychanalyse et ne constituait pas un diagnostic dans la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), étant relevé que ce trouble de la personnalité existait depuis l'adolescence et n'avait de ce fait pas entravé l'intégration de l'assurée au monde de l'économie durant plus de vingt ans.

Par préavis (projet de décision) du 16 mars 2009, confirmé par décision du 31 juillet 2009, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des prestations en l'absence d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il retenait en substance que la dépendance à l'alcool était primaire et que son état dépressif était lié de manière significative à cette dépendance.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 31 juillet 2009 est entrée en force.

B. Le 1^{er} février 2011, I. _____ a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle indiquait que ses atteintes à la santé existaient depuis mai 2005 et les décrivait comme suit : « problèmes pulmonaire, respiration, souffle, maux de dos, dépression ».

Par courrier du 10 février 2011, l'OAI lui a fait savoir qu'il considérait sa demande du 1^{er} février 2011 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales) et des art. 87 ss RAI (règlement sur l'assurance-invalidité), en précisant qu'elle ne pouvait être examinée, en application de ces dispositions, que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Un délai de 30 jours lui était dès lors imparti pour produire un rapport médical détaillé ou pour apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision, faute de quoi il serait considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible la

modification de son degré d'invalidité et une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

Le 25 février 2011, les Drs P._____ et W._____, chef de clinique respectivement médecin assistant à N._____, Policlinique psychiatrique [...], se sont adressés à l'OAI notamment en ces termes :

« Au niveau de la thymie, nous constatons une tristesse, des pleurs fréquents pendant l'entretien et une grande labilité émotionnelle. [...] Le sommeil est perturbé mais s'améliore considérablement avec la prise du somnifère (Somnium). Madame éprouve un sentiment de fatigue et d'épuisement avec difficultés à effectuer les tâches ménagères. Elle note également une diminution de sa motivation. Quand elle se retrouve seule, elle pleure souvent.

Par ailleurs, Madame signale la présence de crises d'angoisses violentes, surtout matinales avec impression de nœud à l'estomac, oppression thoracique et présence également de tremblements. Pas de peur de mourir ou de devenir folle au cours de ces épisodes anxieux. Elle pense qu'elle panique surtout quand elle a beaucoup trop de choses à faire. De manière générale, elle signale une irritabilité quasi constante, une tension musculaire, un sommeil perturbé et une sensation d'être à bout. Ses angoisses sont présentes, selon elle, depuis 5 ans, mais semblent s'aggraver de plus en plus ces dernières années empêchant la patiente de sortir de la maison. Les seuls moments où la patiente prend l'initiative de sortir c'est pour venir aux consultations et parfois aller faire les courses qu'elle dit effectuer très rapidement, sans regarder à gauche et à droite. Elle passe la plupart de son temps à rester à la maison. Probablement ces angoisses sont liées aussi à ses multiples problèmes sur le plan somatique et surtout à sa préoccupation de devoir passer à l'oxygène pour pouvoir bien respirer dans le futur en raison de ses problèmes respiratoires.

Au niveau de la consommation d'alcool, Mme I._____ estime une consommation entre ½ et 1 litre de vin par jour. Cette consommation est probablement liée aux angoisses qu'elle essaie ainsi d'apaiser.

De manière globale, peu d'activités ou activités solitaires, Madame reste souvent à la maison, peu de contacts, évitement, isolement, effritement du réseau social.

Diagnostic (CIM-10)

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère F33.2

Anxiété généralisée F41.1

Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue F10.21

Nous estimons le degré d'incapacité de travail actuellement à 100%.

Conclusion

Nous considérons que l'incapacité actuelle de travail est liée à l'augmentation de l'intensité de la symptomatologie psychiatrique,

également à l'amplification des angoisses paralysantes empêchant Madame I. _____ à maintenir une vie sociale et professionnelle. Le pronostic reste réservé. »

Par courrier du 7 mars 2011, le Dr L. _____ a informé l'OAI de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente ; l'état dépressivo-anxieux s'était péjoré à la fin 2010 avec l'émancipation de ses enfants, la fonction pulmonaire était réduite à 40% - l'assurée avait repris sa consommation de cigarettes après une brève période de sevrage - et ses difficultés de contact avaient mis en échec une prise en charge de type GRAAP (groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique) visant à la remettre dans un projet para-professionnel ou du moins occupationnel, en 2009. Le Dr L. _____ posait les diagnostics d'insuffisance respiratoire chronique (BPCO), de déconditionnement physique global, lombalgies chroniques, de personnalité dépendante (borderline), état dépressif chronique, et de dépendance à l'alcool et à la nicotine. Il estimait à 20-30% au maximum la capacité de travail théorique de l'assurée dans une activité peu exigeante en terme physique et psychologique. Le pronostic était réservé, avec au mieux la stabilisation des différentes pertes fonctionnelles (pulmonaires, ostéo-musculaires, psycho-sociales).

Dans un avis SMR du 21 mars 2011, le Dr Z. _____ a relevé que l'assurée souffrait d'une maladie alcoolique primaire et renvoyait à cet égard au rapport d'examen SMR du 13 août 2008. L'exigibilité était selon lui inchangée depuis la dernière décision de l'OAI, eu égard à la pratique alcoolique de l'assurée décrite comme active par ses médecins et à l'absence de fait nouveau.

Le 23 mars 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis dans le sens d'un refus d'entrer en matière, arguant que de l'avis du SMR, les troubles qu'elle présentait - notamment l'état dépressif - ne justifiaient pas en soi une diminution de la capacité de travail. L'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision de refus de prestations.

Par courrier daté du 20 avril 2011, l'assurée a contesté le projet de décision, alléguant que les Drs L._____ et W._____ soutenaient sa demande de rente auprès de l'assurance-invalidité.

L'OAI a confirmé son préavis par décision du 2 mai 2011. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force.

C. Le 28 août 2012, le Dr L._____ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

« [...] j'atteste par ces lignes de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée susnommée.

L'A.I. s'est cristallisée dans son appréciation du dossier sur un diagnostic de second plan qu'est la consommation abusive d'alcool, alors même que status et examens paracliniques n'en relèvent que peu de stigmates ! Il est à associer au trouble de la personnalité, dépendante et émotionnellement labile, avec dépression et anxiété généralisée / phobies sociales, pour lesquels je vous renvoie au psychiatre de N._____ qui la suit mensuellement (dans le cadre d'un réseau).

Par contre, l'insuffisance respiratoire s/bronchopneumopathie chronique obstructive, conduisant à un déconditionnement physique global, est en constante aggravation. Actuellement le périmètre de marche de l'assurée est de 100 mètres (< de 5 minutes), constituant un handicap sévère dans les activités de la vie quotidienne. En novembre 2010 le bilan de l'hôpital de [...] attestait déjà d'une BPCO st III (VEMS<40% du volume prédit), et la situation s'est vraisemblablement péjorée depuis.

Une reconsidération de l'invalidité objective de cette patiente me paraît donc justifiée. »

Il joignait à son courrier différents documents médicaux, dont un rapport de consultation psychiatrique du 9 novembre 2010 de la Dresse V._____, psychiatre de liaison, cheffe de clinique adjointe à l'Hôpital psychiatrique de [...]. Dans l'anamnèse, la Dresse V._____ faisait état d'une patiente connue pour une BPCO de stade III sur un tabagisme actif à 60 UPA, une dépendance alcoolique probable et des traits émotionnellement labiles de la personnalité. Elle posait les diagnostics de syndrome de dépendance au tabac, abstinente mais dans un environnement protégé (F17.1), de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type

borderline (F60.9). Un rapport du Dr A._____, spécialiste en pneumologie, médecin-chef à l'Hôpital régional de [...], avait été établi le 22 décembre 2010, à la suite d'un séjour de l'assurée du 2 au 19 novembre 2010 dans le service de pneumologie. Le Dr A._____ posait les diagnostics de BPCO de stade III selon GOLD (VEMS à 40% du prédit) (J44.81), de tabagisme actif en cours de sevrage (F17.1), de dépendance à l'alcool (F10.2/Z72.0), de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.9/Z00.4), de carence vitaminique en acide folique et vitamine B12 (E61.7) et de foie stéatosique (K70.9).

Dans un avis SMR du 17 janvier 2013, le Dr Z._____ a considéré que les diagnostics figurant dans le rapport de consultation psychiatrique du 9 novembre 2011 avaient été pris en compte lors de l'instruction initiale. S'agissant du compte-rendu de séjour à l'Hôpital de [...] en novembre 2010, les diagnostics retenus n'étaient également pas de nature à modifier la position du SMR. Il concluait à l'absence de fait nouveau et maintenait la position initiale du SMR.

Par préavis du 24 janvier 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée, au motif que cette dernière n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa précédente demande de prestations rejetée par décision du 2 mai 2011.

Par courrier du 14 février 2013, les Drs P._____ et W._____ se sont adressés à l'OAI en ces termes :

« Madame I._____ souffre de troubles psychiques de longue date. Nous avons, à cet effet, produit un rapport en date du 25 février 2011. Les diagnostics retenus à l'époque sont toujours valables aujourd'hui. Des diagnostics supplémentaires, qu'on a pu affiner tout au long de notre intervention thérapeutique (comme le trouble panique et la phobie sociale) complètent le tableau des diagnostics actuels. La justification de ces 2 nouveaux diagnostics se trouve déjà dans le rapport susmentionné. Nous relevons tout de même que les crises de panique ont sensiblement diminué dans le courant des douze derniers mois mais cependant la phobie sociale est toujours présente avec, comme conséquence, un important isolement social et une impossibilité d'une quelconque reprise d'activité.

Madame I._____ affirme ne jamais sortir de chez elle si ce n'est que pour venir aux consultations (sorties anxiogènes pour la patiente qu'elle anticipe plusieurs heures à l'avance).

En tenant compte de ce qui précède ainsi que de l'importance des troubles somatiques actuels qui empêchent Madame I._____ d'effectuer le moindre effort, nous maintenons, comme cela vous l'a déjà été précisé dans notre précédent rapport, la présence d'une incapacité de travail à 100%. »

Le 12 mars 2013, le Dr Z._____ a considéré que le problème d'alcool existait depuis 20 ans (rapports de la Dresse J._____ du 22 avril 2008 et du Dr L._____ du 19 mai 2008) et que l'incapacité de travail était attestée par les psychiatres depuis 2005, arguant qu'il s'agissait d'un alcoolisme primaire au sens de l'assurance-invalidité comme retenu dans le rapport d'examen SMR du 13 août 2008. Il estimait que le courrier des Drs P._____ et W._____ confirmait que les diagnostics annoncés dans le rapport du 25 février 2011 étaient toujours d'actualité. En outre, la symptomatologie d'un trouble panique et d'une phobie sociale, qui s'était développée dans le sillage de la pratique alcoolique, n'était qu'une conséquence de la dépendance à l'alcool. Il en résultait que la comorbidité n'étant qu'une conséquence de la dépendance, elle ne pouvait être admise comme étant une atteinte à la santé psychique. En définitive, les conclusions du SMR ne pouvaient être modifiées en l'absence de pièces convaincantes d'une aggravation de l'état de santé antérieure au 2 mai 2011.

Par décision du 10 avril 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 janvier 2013. Dans une lettre d'accompagnement datée du même jour, il exposait que la dépendance à l'alcool ne constituait une invalidité que si elle entraînait une atteinte à la santé physique ou mentale nuisant à la capacité de gain ou si la dépendance résultait d'une atteinte à la santé, ayant valeur de maladie invalidante. Il considérait que selon le courrier du 14 février 2013 de N._____, l'assurée souffrait de troubles psychiques, mais, de l'avis du SMR, les arguments avancés avaient déjà été pris en considération dans la précédente décision.

D. I._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 1^{er} mai 2013, en

concluant à sa réforme en ce sens qu'il soit entré en matière sur la demande de prestations. En substance, elle fait valoir que son état de santé s'est péjoré au plan psychique (atteinte de type borderline) et particulièrement au plan physique (BPCO). S'agissant de ses addictions, elle mentionne ne pas abuser de l'alcool et faire le maximum pour éviter de trop consommer de cigarettes. Elle reproche par ailleurs à l'OAI de ne pas avoir mis en œuvre une expertise médicale, un examen préliminaire ou simplement un entretien, eu égard aux rapports médicaux de son médecin traitant.

Dans sa réponse du 19 juin 2013, l'OAI a préavisé pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 15 juillet 2013, le Dr L. _____ a adressé ceans un courrier aux termes duquel il posait les diagnostics d'insuffisance respiratoire chronique (BPCO) sévère +++, de déconditionnement physique global, lombalgies chroniques, de personnalité dépendante (borderline), état dépressif chronique, angoisses. Il diagnostiquait, comme sans répercussion sur la capacité de travail, une consommation d'alcool et de nicotine. Il indiquait que l'état dépressivo-anxieux se péjorait et que les interférences entre dyspnée anxieuse et insuffisance respiratoire objective compliquaient les activités de la vie quotidienne au plus haut point et répondaient mal à la prise en charge. Le pronostic était plus que réservé et l'incapacité de travail était à considérer comme totale.

Dans un courrier du 30 août 2013 adressé ceans, les Drs P. _____ et W. _____ ont confirmé l'incapacité de travail totale de la recourante, telle que mentionnée dans leur rapport du 14 février 2013.

Le 17 septembre 2013, la recourante a produit un rapport du Dr M. _____, spécialiste en pneumologie, lequel diagnostiquait, au terme d'un bilan pneumologique réalisé le 27 août 2013, une BPCO de stade IV, un éthylyisme chronique et un trouble anxio-dépressif chronique. La recourante a également produit la confirmation d'une hospitalisation à l'Hôpital de [...], pour le 20 septembre 2013.

Par écriture du 2 septembre 2013, l'OAI a relevé qu'il n'y avait pas lieu d'examiner d'éventuelles nouvelles pièces produites durant la procédure de recours, la question litigieuse concernant la reprise ou non de l'instruction du dossier sur la base des pièces déposées en procédure administrative.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. La recourante critique la décision de refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations. Elle se réfère à l'appréciation de

son médecin traitant qui, selon elle, constitue une preuve suffisante de péjoration de son état de santé, sur les plans psychique et somatique.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012]), 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.

Selon la jurisprudence, l'exigence posée à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI) doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b ; 109 V 108 consid. 2a). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand

l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure prévue par l'art. 87 al. 2 RAI (art. 87 al. 3 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Eu égard au caractère atypique de cette procédure dans le droit des assurances sociales, l'administration peut appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) – qui permet aux organes de l'assurance-invalidité de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). Il s'ensuit que les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre, dans lequel 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 (TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

4. Dans le cas présent, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations du 2 mai 2011, entrée en force, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à des prestations, s'est produit, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il convient donc de se limiter à examiner si la recourante, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois d'août 2012, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) A titre préalable, on relèvera que les avis médicaux du Dr L._____ du 15 juillet 2013, des Drs P._____ et W._____ du 30 août 2013, et du Dr M._____ du 27 août 2013, n'ont pas à être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, pas plus que la confirmation d'hospitalisation de la recourante dès le 20 septembre 2013. En effet, ces documents n'ont été portés à la connaissance de l'intimé qu'au cours de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse. Or, la présente procédure ne porte que sur le point de savoir si la recourante a rendu plausible, devant l'OAI, une péjoration de son état de santé depuis la décision de refus de rente.

Dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à ce stade de la procédure, le tribunal de céans n'a ainsi ni à mettre en œuvre une expertise ni à renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il procède à une telle instruction, mais seulement à examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif.

b) La décision de refus déterminante se fonde sur les conclusions du SMR, soit l'avis du Dr Z._____ du 21 mars 2011. Ce dernier retient sommairement que l'assurée souffre d'une maladie

alcoolique primaire, la pratique alcoolique étant décrite comme active par ses médecins, et renvoie au rapport d'examen SMR du 13 août 2008. Aux termes de ce rapport, le trouble dépressif récurrent est qualifié d'en rémission, le trouble de la personnalité avec des traits dépendants, passifs-agressifs et masochiques est considéré comme n'entravant pas la capacité de travail, et la dépendance à l'alcool ne saurait correspondre à une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité.

A l'examen des nouvelles pièces produites, l'intimé considère que la recourante n'a pas établi de façon plausible une modification de son état de santé. Il relève que les troubles psychiques allégués par les Drs P. _____ et W. _____ dans leur courrier du 14 février 2013 ont, de l'avis du SMR, été pris en considération dans la précédente décision.

A la lecture de ce courrier, il appert que des diagnostics supplémentaires, comme le trouble panique et la phobie sociale, complètent désormais le tableau des diagnostics posés en février 2011. Les Drs P. _____ et W. _____ précisent que les crises de panique ont cependant sensiblement diminué dans le courant des douze derniers mois mais la phobie sociale est toujours présente avec, comme conséquence, un important isolement social et l'impossibilité d'une quelconque reprise d'activité. En février 2011, les psychiatres posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, d'anxiété généralisée et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue. Cela étant, le Dr Z. _____ considère que la symptomatologie d'un trouble panique et d'une phobie sociale s'est développée dans le sillage de la pratique alcoolique et n'est dès lors qu'une conséquence de la dépendance à l'alcool. Or il est à relever que le Dr Z. _____ est un spécialiste en médecine interne générale, non un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Eu égard aux diagnostics que les psychiatres ont progressivement affinés, l'affirmation du Dr Z. _____ quant à l'alcoolisme primaire et à l'absence d'atteinte psychique invalidante, soutenue depuis août 2008, semble désormais s'effriter. On relèvera par ailleurs que la Dresse V. _____ a posé le diagnostic, outre de syndrome de dépendance au tabac et à l'alcool, de trouble de la

personnalité émotionnellement labile de type borderline (cf. rapport de consultation psychiatrique du 9 novembre 2010). Or dans le cadre de l'instruction de la première demande, les diagnostics posés correspondaient à un trouble dépressif récurrent en rémission et un trouble de la personnalité avec des traits dépendants (cf. rapport du 22 avril 2008 des Drs J. _____ et K. _____). Les diagnostics posés par les psychiatres consultés par l'assurée ont été écartés par le SMR sans véritable motivation, avec pour seul argument qu'il s'agissait des conséquences de l'alcoolisme. Il s'ensuit que l'affirmation de l'intimé, corollairement du SMR, selon laquelle la comorbidité psychiatrique n'est qu'une conséquence de la dépendance à l'alcool, ne saurait être suivie sans autre instruction.

Cela étant, dans son rapport du 28 août 2012, le Dr L. _____ fait état d'une aggravation constante sur le plan somatique, soit l'insuffisance respiratoire sur BPCO, laquelle conduit à un déconditionnement physique global. Il mentionne que le périmètre de marche de l'assurée est de 100 mètres, constituant un handicap sévère dans les activités de la vie quotidienne. Ses constatations sont notamment fondées sur le rapport établi à la suite du séjour de l'assurée, en novembre 2010, dans le service de pneumologie de l'Hôpital de [...], aux termes duquel la BPCO était désormais de stade III. A la lecture de l'avis SMR du 17 janvier 2013, ce diagnostic n'est pas considéré comme une possible aggravation de l'état de santé de la recourante. On constate par ailleurs que le diagnostic d'insuffisance respiratoire sur BPCO n'a jamais été retenu par le SMR, que ce soit dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations, comme de la deuxième demande. Le SMR semble s'être focalisé sur l'atteinte psychique, passant outre l'atteinte somatique. Or si l'insuffisance respiratoire sur BPCO a déjà été mentionnée par le Dr L. _____ en 2008 - mais semble-t-il ignorée par le SMR -, il apparaît que cette atteinte s'est aggravée depuis la dernière décision de refus de l'intimé. Le Dr L. _____ fait état d'une vraisemblable péjoration de la situation depuis le bilan de l'Hôpital de [...] en novembre 2010 et d'une constante aggravation. En pareilles circonstances, on ne

saurait dès lors parler d'une situation similaire (absence de fait nouveau) comme le fait le SMR.

c) Les considérations médicales des 28 août 2012 et 14 février 2013 font état d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la capacité de travail et de gain de la recourante. L'intimé ne pouvait nier une aggravation de l'état de santé de la recourante sur la seule base des avis du SMR, sans plus ample examen. Il appartient donc à l'OAI d'instruire le cas de l'intéressée, tant sur le plan somatique que psychiatrique. A cet égard, il conviendra notamment de déterminer, par le biais d'un examen par un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, si l'alcoolisme est primaire ou secondaire, compte tenu des comorbidités retenues par les psychiatres traitants.

5. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande présentée par la recourante.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr., à la charge de l'OAI débouté.

La recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais particuliers, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 10 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- I. _____
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :