

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2020

Composition : M. NEU, président
Mme Silva et M. Kung, assesseurs
Greffière : Mme Juillerat Riedi

Cause pendante entre :

X. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI, 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1974, a travaillé en qualité de caissière à 100% auprès de [...].

Le 5 mars 2009, alors qu'elle circulait à vélo, l'assurée a été renversée par une voiture, qui lui a ensuite écrasé la jambe et la cheville droites. Elle a alors présenté une importante plaie pré-tibiale avec contusion des parties molles avoisinantes et a bénéficié d'un traitement ambulatoire au CHUV. En raison d'une nécrose locale surinfectée, elle a été hospitalisée au CHUV le 24 avril 2009 pour débrider la plaie et la refermer à l'aide d'une transposition d'un lambeau fascio-cutané. Elle a par la suite continué à se plaindre de douleurs persistantes et handicapantes au niveau de la cheville et d'une hypersensibilité algique au niveau du site opératoire, traitées par physiothérapie. Une IRM (ndlr : imagerie à résonance magnétique) effectuée le 7 juillet 2009 a montré un léger œdème astragalo-scaphoïdien, des signes d'arthroses et un petit épanchement intra-articulaire. A noter qu'elle a également souffert d'un trouble anxieux aggravé initialement en raison d'un stress post-traumatique, qui a par ailleurs entraîné une importante prise de poids. Elle a finalement séjourné à la Clinique Romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 9 au 30 juin 2010.

L'assurée a été en incapacité de travail de 100% du 5 mars au 22 juin 2009, puis de 50% jusqu'au 8 juin 2010, puis à nouveau de 100% du 9 au 30 juin 2010 lors de son séjour à la CRR. En raison d'un lombago aigu qui s'est ajouté à ses douleurs à la cheville dès le 30 juin 2010, elle n'a pu reprendre son activité qu'à 30% à compter du 11 octobre 2010, puis à 50% dès le 29 novembre 2010. Les lombalgies sont ensuite devenues chroniques.

Le 29 mars 2010, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton

de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant un problème à la jambe suite à son accident de circulation.

Dans un rapport d'enquête du 1^{er} février 2011, l'OAI a retenu que l'assurée avait la possibilité de travailler en position alternée.

b) Le 3 février 2011, l'assurée s'est à nouveau blessée en glissant sur le sol mouillé de son lieu de travail, subissant une contusion à l'épaule et de l'hémi-thorax gauche. Dans un rapport du 24 mai 2011, le Dr [...], médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA), spécialiste en chirurgie, a notamment indiqué que la patiente souffrait de douleurs persistantes à l'épaule, d'une sensibilité à la face dorsale de la main gauche et de légères douleurs du côté palmaire au poignet gauche, qu'il n'y avait pas d'évolution s'agissant de la jambe droite, qu'objectivement, l'épaule gauche était tout à fait souple et un peu sensible à la mobilisation, sans plus, qu'il n'y avait pas de signe d'atteinte à la coiffe des rotateurs ni de capsulite rétractile, que le poignet était également parfaitement souple et ne présentait aucune signe réactif local, qu'il était un peu sensible à la palpation, sans qu'il puisse désigner une structure anatomique précise et qu'enfin la main gauche était manifestement épargnée, tout comme les pouces et les doigts, dont la force de serrage était toutefois réduite. Ce médecin a ajouté que l'impression qui prévalait était celle d'un trouble fonctionnel, concluant qu'il était peu probable que la capacité de travail progresse beaucoup dans les mois à venir. A l'issue d'un examen médical final effectué le 3 novembre 2011, il a conclu que l'assurée pouvait reprendre son activité de caissière à 75% dès le 1^{er} décembre 2011 et à 100% dès le 3 janvier 2012, cette activité professionnelle étant relativement légère et autorisant des positions alternées. Il a ajouté qu'en cas d'échec, une co-morbidité psychiatrique devrait être envisagée.

c) L'assurée a repris son activité à un taux de 75% le 1^{er} décembre 2011. A partir du 20 décembre 2011, elle a toutefois à nouveau été en incapacité de travail totale en raison de douleurs importantes à l'avant-bras gauche. Le 2 février 2012, elle a été opérée du tunnel carpien

par la Dre [...], qui a effectué une synovectomie du FCU distal. Dans un rapport médical du 17 février 2012, ce médecin a signalé que sa patiente souffrait d'une dépression ayant une importante influence sur sa capacité de travail compte tenu de l'impact des douleurs sur son état psychique. L'assurée a repris son activité professionnelle à 50% le 23 avril 2012.

d) L'assurée a à nouveau été en incapacité de travail totale dès le 20 mai 2012 en raison de céphalées, accompagnées de vomissements nocturnes et de nausées. Une IRM cérébrale effectuée le 25 mai 2012 a toutefois révélé un état normal. L'assurée a repris son activité à 20% dès le 26 novembre 2012, puis à 50% le 14 décembre 2012. Dès le 1^{er} février 2013, sa capacité de travail a été réduite à 40% pour des motifs somatiques et dès le 12 février suivant une incapacité de travail totale a été retenue par son médecin traitant.

e) En se fondant sur différentes constatations médicales ressortant des expertises rhumatologique et psychiatrique ordonnées, la Dre E. _____, du Service médical régional (ci-après : SMR), a conclu, dans un rapport daté du 26 novembre 2012, que l'assurée était capable de travailler à 50% depuis juin 2012, avec une augmentation progressive liée à l'amélioration de son état psychique, pouvant ainsi recouvrer une aptitude à travailler à 80% au plus tard dès le début 2013, l'objectif d'une reprise à 100% étant possible et apparemment exigible.

f) L'assurée a été une nouvelle fois en incapacité totale de travail dès le 12 février 2013. Elle été licenciée par son employeur pour le 31 mai 2013.

g) En raison d'une importante divergence entre une première expertise psychiatrique réalisée par le Dr [...] et un avis détaillé du psychiatre traitant de l'assurée, l'OAI a mis en oeuvre une seconde expertise psychiatrique le 5 août 2013 afin d'obtenir un troisième avis. Le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie désigné en qualité d'expert, a convoqué l'assurée le 27 août 2013 et a rendu son rapport d'expertise le 17 janvier 2014. Il a conclu que l'assurée, atteinte d'un trouble somatoforme, ne souffrait pas d'une maladie mentale ou d'un

autre trouble psychique susceptible d'entraîner des limitations fonctionnelles durables ou définitives, qu'à l'aune des critères en vigueur, sa capacité de travail était donc entière au plan psychiatrique dans toute activité correspondant à ses compétences professionnelles et que depuis mars 2009, en dehors des atteintes corporelles sur lesquelles il ne lui appartenait pas de se prononcer, les restrictions de la capacité de travail relevaient essentiellement de facteurs psycho-sociaux qui sortaient du champ médical proprement dit.

Dans son avis du 3 mars 2014, le Dr [...], du SMR, s'est entièrement rallié à l'expertise précitée.

h) Par décision du 7 mai 2014, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente du 1^{er} septembre 2010 - soit trois mois après l'aggravation de son état de santé - au 31 mai 2011, puis d'une rente entière du 1^{er} juin 2011 au 31 janvier 2012, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

B. a) L'assurée a été engagée en qualité de femme de chambre dès le 1^{er} août 2016. Elle a été en incapacité de travail totale du 30 novembre au 11 décembre 2016, puis à nouveau dès le 30 mars 2017. Elle a été licenciée pour le 30 juin 2017.

b) Le 2 juillet 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état de troubles dépressifs récurrents depuis le mois de mars 2017.

Dans un rapport médical du 31 juillet 2017, le Dr D._____, médecin traitant interniste de l'assurée, a évoqué l'apparition en octobre 2016 de troubles somatiques dus à sa situation conjugale, compliqués par des problèmes de nature professionnelle. Il a indiqué que sa patiente se plaignait de fatigue et d'insomnie ainsi que de symptômes en majorité somatiques tels que des céphalées, des vertiges et des troubles digestifs. Selon lui, le pronostic était défavorable dans l'immédiat.

Dès le 9 août 2017, l'assurée a été suivie par la Dre Z._____, psychiatre au Centre des Toises, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.2), d'agoraphobie (F40.0) et d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

c) Le 18 octobre 2017, le Dr T._____, mandaté par l'assurance perte de gain [...], a réalisé une expertise psychiatrique, dont le rapport est intitulé « fiche d'évaluation rapide ». Après avoir posé l'anamnèse et rendu compte de l'histoire de la maladie de l'assurée, il a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Sous la rubrique « statut psychiatrique », il a exposé en substance que l'assurée se posait en victime, justifiait ses problèmes de santé en désignant successivement comme responsables la conductrice du véhicule qui l'avait renversée, ses deux employeurs qui l'avaient licenciée, l'anémie dont elle souffrait et le comportement de son mari, qu'elle se sentait triste mais gardait encore espoir dans l'avenir sans en avoir une vision claire, ne se réjouissait pas du départ de son mari à la fin du mois, estimant qu'il ne représentait que 10% de son problème alors qu'elle l'accusait de proférer des menaces de mort sur ses enfants, qu'elle présentait un sentiment de vide et d'ennui permanent et se disait mécontente de tout, déçue d'elle-même, avec une diminution de l'estime de soi, et fatiguée avec un appétit diminué sans perte de poids, précisant que son sommeil était fortement perturbé. Le rapport mentionne encore, sous la même rubrique, que l'assurée exprimait des idées suicidaires par défenestration, présentes depuis 2017, mais de manière évasive et sans passage à l'acte. L'expert a ajouté qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'un trouble fibromyalgique ou d'un syndrome douloureux somatoforme, pas de trouble du cours de la pensée, pas de signes en faveur d'un trouble psychotique et, enfin, pas de délire ni d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques.

Il a ensuite relevé les éléments qui suivent :

L'expertisée est suivie par un psychiatre, la doctoresse Z._____ qui a mis en place un traitement anti-dépresseur adéquat. L'expertisée se positionne en victime, changeant de persécuteur en

fonction de la discussion. On peut identifier 3 grands facteurs de décompensation dans son histoire :

- son accident qui remonte à presque 10 ans et dont elle garde des séquelles physiques
- le conflit au travail
- le conflit conjugal.

L'expertisée a déjà été suivie aux Toises en 2013 et 2014 pour son problème de modification durable de la personnalité suite à cet accident. Elle ne remplit pas les critères pour poser un diagnostic de PTSD (ndlr : trouble de stress post-traumatique).

Elle a été licenciée en juin 2017, elle est en arrêt de travail depuis mars 2017 et ne s'est plus reconfrontée à sa supérieure depuis cette date.

Un jugement dans son divorce a été rendu et son mari doit quitter avant la fin octobre le domicile conjugal.

Sur la base de ces constats, l'expert a estimé une capacité théorique de travail de 50% au 1^{er} janvier 2018 et de 100% au 1^{er} février 2018 en raison de la disparition des événements anxieux (éloignement de son lieu de travail et départ à fin octobre 2017 de son mari du domicile conjugal), du suivi déjà ancien des séquelles psychiques de son accident remontant à dix ans et de l'existence d'un état dépressif moyen, tout en précisant que la Dre Z._____ et lui-même avaient eu l'occasion d'échanger leurs observations.

Par avis médical du 21 novembre 2017, le Dr J._____, du SMR, s'est rallié aux conclusions de l'expertise précitée, estimant que, sur le plan somatique, il n'y avait pas eu de changement depuis le rapport SMR de la Dre E._____. Ainsi, l'incapacité de travail était de 100% du 6 mars au 31 décembre 2017, de 50% du 1^{er} janvier au 31 janvier 2018, puis nulle dès le 1^{er} février 2018, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles que sont un périmètre de marche limité, l'absence de port de charge au-delà de 5 kg et de position en porte-à-faux.

d) Après avoir donné l'occasion à l'assurée de se déterminer, l'OAI a, par décision du 9 février 2018, rejeté sa demande de prestations AI.

C. Par acte du 27 février 2018, X._____, sous la plume de son médecin traitant le Dr D._____, a interjeté recours contre la décision précitée. Elle a reproché à l'OAI d'avoir rendu sa décision sans l'avoir rencontrée et a soutenu que ses problèmes psychiques ne s'étaient jamais complètement estompés depuis son accident en 2009, que l'aptitude au travail retenue relèverait d'une supposition théorique et non de son réel état dépressif à l'origine d'un important trouble du sommeil, de fatigue, d'un manque d'intérêt et d'initiative, de sa passivité relative à son environnement socio-familial dans un contexte dévalorisant et culpabilisant de ruminations, respectivement que sa situation conjugale et ses relations intrafamiliales la déstabiliseraient à un tel point qu'elle ne serait pas en mesure de reprendre actuellement une activité professionnelle. Elle a ajouté que l'évolution de son état restait difficile à prévoir, invitant la Cour de céans à requérir de sa psychiatre un avis actualisé.

Dans sa réponse du 5 juin 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'expertise du 18 octobre 2017 du Dr T._____ ainsi qu'à l'avis médical rendu le 21 novembre 2017 par le Dr J._____.

E n d r o i t :

1. **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité en lien avec la nouvelle demande de prestations présentée le 2 juillet 2017, singulièrement sur le point de savoir si une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision entrée en force justifierait l'octroi d'une rente AI.

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars

2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

b) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 2 juillet 2017, considérant que l'assurée avait rendu plausible une atteinte à la santé et à la capacité de gain de nature à ouvrir le droit à des prestations. Elle a ensuite procédé à l'instruction du cas en ordonnant une expertise pour s'en assurer, ce qu'elle a finalement nié. Il convient donc d'examiner si, entre la première décision du 7 mai 2014 refusant toute prestation à partir du 1^{er} février 2012 et la décision litigieuse du 9 février 2018, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) aa) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

bb) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

cc) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) En l'espèce, les problèmes de santé de la recourante ont débuté avec son premier accident survenu le 5 mars 2009. Depuis cette date, elle a régulièrement été en incapacité de travail totale ou partielle et a fait l'objet de nombreux rapports médicaux. Son deuxième accident, moins grave que le premier, a eu lieu le 3 février 2011. Une co-morbidité psychiatrique a été énoncée pour la première fois le 3 novembre 2011 par le Dr [...]. Le 17 février 2012, la Dre [...] a rendu compte d'un état dépressif ayant une importante influence sur sa capacité de travail en raison de l'impact des douleurs physiques sur son état psychique. Dès le

20 mai 2012, elle a développé des troubles somatoformes tels que céphalées, vomissements nocturnes et nausées. Dans son rapport du 26 novembre 2012, la Dre E._____, du SMR, a conclu à une augmentation progressive de sa capacité de travail liée à une amélioration de son état psychique. Après une nouvelle période d'incapacité de travail totale intervenue dès le 12 février 2013, la recourante a été licenciée pour le 31 mai suivant. Dans son rapport d'expertise du 17 janvier 2014, le Dr [...] - auquel s'est ensuite rallié le Dr [...] du SMR - a conclu que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme, mais n'était atteinte d'aucun trouble psychiatrique, et que les restrictions de sa capacité de travail relevaient essentiellement de facteurs psycho-sociaux qui sortaient du champ médical proprement dit. A la suite d'un nouvel échec professionnel intervenu dans le cadre d'une nouvelle incapacité de travail, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 2 juillet 2017. Le 31 juillet 2017, son médecin traitant, le Dr D._____, a évoqué des troubles somatiques et émis un pronostic défavorable dans l'immédiat. L'intéressée a ensuite été suivie dès le 9 août 2017 par la Dre Z._____, psychiatre, qui aurait diagnostiqué, dans un rapport médical qui n'est pas au dossier, un trouble dépressif récurrent, une agoraphobie et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Enfin, le Dr T._____, mandaté par l'assurance perte de gain et auquel s'est rallié le Dr J._____, a rendu une évaluation médicale le 23 octobre 2017, retenant le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, posant une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2018, puis de 100% dès le 1^{er} février 2018 en raison de la disparition des facteurs anxigènes (éloignement de son lieu de travail et départ de son mari du domicile conjugal), tout en se prévalant d'un échange de vue à cet égard avec la Dre Z._____, mais dont il n'existe aucune trace au dossier.

L'OAI fonde sa décision sur l'évaluation médicale adressée par Dr T._____ à l'assureur perte de gain le 18 octobre 2017, à laquelle s'est rallié le Dr J._____. Or, force est de constater que l'évaluation médicale en question ne se fonde pas sur une anamnèse détaillée et n'a pas fait l'objet d'un examen complet ni d'une étude circonstanciée des problèmes

de santé de la recourante. En effet, on observe tout d'abord que le rapport ne renseigne pas de manière suffisamment détaillée, singulièrement sur la description d'une journée type de l'assurée, la description et l'évaluation de ses ressources ou l'examen de la personnalité de la recourante. En l'absence de tels détails, l'expert ne pouvait rendre compte ni motiver une éventuelle rémission future des atteintes à la santé de l'intéressée. Il n'explique pas non plus le mode d'investigation qui l'a conduit à retenir, dans le status psychiatrique, l'absence de signes en faveur d'un trouble fibromialgique ou d'un syndrome douloureux somatoforme, alors que figurent au dossier des documents médicaux attestant de la présence d'un tel syndrome. Il ne prétend au demeurant pas avoir effectué une expertise rigoureuse et fouillée, puisqu'il a lui-même intitulé son rapport « fiche d'évaluation rapide ».

On relève en outre que le dossier de l'intimé ne contient aucun rapport de la Dre Z._____, psychiatre traitante de la recourante, dont le diagnostic - mentionné dans l'évaluation médicale du Dr T._____, mais sans référence à un document précis - déboucherait a priori sur un pronostic moins favorable que celui retenu par ce dernier médecin. Aucune pièce ne rendant compte de l'échange de vue qui aurait eu lieu entre ces deux médecins n'a été versée au dossier. Enfin, le fait que le Dr D._____ - qui n'est certes pas psychiatre mais dont les avis médicaux ne manquent pas de pertinence - ne soit pas du même avis que le Dr T._____ permet de mettre en doute les conclusions péremptoires de ce dernier.

c) Ainsi, en l'absence d'une appréciation médicale approfondie propre à fonder la décision litigieuse, il se justifie de procéder à un complément d'instruction. Il convient à cet égard de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique conforme aux exigences découlant de l'art. 44 LPG. Il appartiendra à l'intimé de rendre ensuite une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant agi sans l'assistance d'un mandataire qualifié (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 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 9 février 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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.

Le président :

La greffière :

Du

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

- X. _____
- 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 :