

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 février 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 17 et 43 LPGA ; art. 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de libraire depuis 1988. Après avoir cessé de travailler à la naissance de ses deux enfants en 1999 et 2001, elle a repris une activité lucrative à temps partiel (45 %) dès mars 2011 en qualité de caissière chez A. \_\_\_\_\_ SA.

Victime d'un arrêt cardio-respiratoire sur son lieu de travail le 7 août 2013, elle a été réanimée sur place et hospitalisée en urgence. Elle a été en incapacité totale de travail dès cette date.

L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle du 15 janvier 2014 déposée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 3 mars 2014, elle a été en mesure de reprendre le travail à raison de 10 heures par semaine dans un poste aménagé par son employeur.

La Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a complété un rapport le 24 mars 2014, mentionnant les diagnostics de status post infarctus STEMI (réd. : infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST à l'électrocardiogramme), fibrillation ventriculaire réanimée, QT long transitoire post fibrillation ventriculaire et état de stress post traumatique. Sa patiente avait été hospitalisée jusqu'au 23 août 2013. L'évolution était favorable. Le pronostic était bon, sous réserve d'une possible récurrence. L'assurée était capable de reprendre son activité lucrative de caissière à 45 %, en évitant une exposition importante au stress psychologique. Un changement de lieu de travail devait toutefois être envisagé, l'assurée ayant été réanimée devant ses collègues, ce qui rendait le contexte relationnel particulier.

A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 30 mars 2014 que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi une activité lucrative au taux d'environ 50 % par nécessité financière.

D. \_\_\_\_\_ SA, en sa qualité d'assurance perte de gain en cas de maladie, a diligenté une expertise psychiatrique de l'assurée. Le mandat a été confié à la Clinique F. \_\_\_\_\_, où la Dre G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 4 juillet 2014. L'experte a rédigé son rapport le 25 août 2014 et considéré que l'assurée ne présentait plus d'atteinte à la santé psychique incapacitante. Elle a exclu les diagnostics d'état de stress post traumatique, d'anxiété et de dépression, concluant que la capacité de travail était entière dans toute activité au jour de son examen.

Se conformant à cette appréciation médicale sur incitation de D. \_\_\_\_\_ SA, l'assurée a repris son activité à son taux usuel de 45 % dès le 14 juillet 2014 chez A. \_\_\_\_\_ SA. Elle a cependant changé d'employeur dès le 15 septembre 2014 suite à la signature d'un nouveau contrat de travail pour une activité de libraire chez J. \_\_\_\_\_ SA au taux de 56 % (23 heures par semaine).

Sur sollicitation de l'OAI, la Dre C. \_\_\_\_\_ a indiqué le 5 février 2015 que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable sur le plan cardiovasculaire. La situation rythmologique devait cependant être éclaircie par une analyse génétique. Sa patiente avait dû, dans un premier temps, reprendre son activité chez A. \_\_\_\_\_ SA, dans un contexte qui ne respectait son état de santé. Dans un second temps, elle avait été en mesure de trouver une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 56 % auprès de J. \_\_\_\_\_ SA.

La Dre H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis novembre 2013, a pour sa part indiqué le 10 février 2015 qu'à sa connaissance, il n'y avait pas de « demande de rente ou de mesures professionnelles en attente » pour des

raisons psychiatriques, vu la reprise d'activité de l'assurée. Elle a au surplus renvoyé à l'évaluation des médecins somaticiens.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a communiqué son rapport final le 31 juillet 2015. Il a retenu que l'assurée avait été en incapacité totale de travail dès le 7 août 2013, puis avait recouvré une capacité de travail entière pour toute activité sans stress, ni travaux lourds prolongés, dès le 3 mars 2014.

Par projet de décision du 6 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'une capacité de travail entière au plus tard dès juillet 2014 et de la reprise d'une activité lucrative adaptée à un taux supérieur à celui déployé avant l'atteinte à la santé. A l'échéance du délai d'attente d'un an, le droit à une rente n'était donc pas ouvert. L'OAI a repris les termes de ce projet dans une décision du 26 octobre 2015, entrée en force en l'absence de contestation de l'assurée.

**B.** Par pli du 15 février 2017, la Dre C.\_\_\_\_\_ a contacté l'OAI au sujet de l'assurée, soulignant que l'évolution de son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative à plus de 50 % en tant que libraire. L'absence d'amélioration envisageable dans un futur proche justifiait à son avis l'octroi d'une rente partielle.

L'assurée a complété une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 23 mars 2017, à l'instigation de l'OAI.

Elle a répondu au questionnaire relatif à son statut le 28 avril 2017, indiquant que depuis le début de l'année 2015, elle aurait dû augmenter son temps de travail à 100 % par nécessité financière si elle avait été en bonne santé. Elle précisait être séparée de son conjoint depuis le 17 octobre 2014.

La Dre H.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> mai 2017 à D.\_\_\_\_\_SA, que l'assurée souffrait d'un épisode dépressif et

d'épuisement, lesquels s'étaient progressivement installés depuis plusieurs mois dans un contexte de stress et d'insécurité majeurs. Une incapacité de travail totale avait été prononcée dès le 31 janvier 2017, ramenée à 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.

Par rapport à l'OAI du 29 mai 2017, cette spécialiste a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive. Le traumatisme et le stress, consécutifs à l'arrêt cardiaque, avaient entraîné un sentiment chronique d'insécurité avec des manifestations somatiques (palpitations). L'assurée devait également faire face aux contraintes d'une procédure de divorce en cours. Une activité limitée à un temps partiel paraissait indispensable, l'assurée ayant repris son activité à 50 % de son taux habituel en l'état.

La Dre C. \_\_\_\_\_ a fait parvenir son rapport à l'OAI le 19 juillet 2017, signalant au titre des diagnostics avec effet sur la capacité de travail un status post infarctus STEMI inaugural le 7 août 2013 avec fibrillation ventriculaire réanimée, un QT long, une extrasystolie supraventriculaire et ventriculaire symptomatique, un état dépressif et une hernie discale. La situation était stabilisée sur le plan cardiologique. Le pronostic restait réservé au vu de la sévérité de la présentation initiale et du QT long avec un risque rythmique toujours présent et une patiente symptomatique d'une extrasystolie. L'exercice de l'activité lucrative de libraire était exigible à 50 %, sans perspective d'augmentation.

Le 9 août 2017, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a fourni son rapport à l'OAI, reprenant l'appréciation des médecins spécialistes en charge de sa patiente eu égard à la capacité de travail. Sur le plan diagnostique, il a mentionné que l'assurée souffrait d'une affection cardiaque avec arrêt cardiaque sur fibrillation ventriculaire, de lombalgies chroniques et d'un état anxio-dépressif.

Par avis du 21 août 2017, le SMR a considéré que les pièces médicales versées au dossier ne relataient aucun indice d'une

amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé. La capacité de travail demeurait inchangée depuis la précédente décision.

L'OAI a établi un projet de décision le 14 février 2018, envisageant de nier le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité en l'absence de péjoration de son état de santé. La capacité de travail était entière dans toute activité depuis le mois de juillet 2014. Aucune atteinte à la santé invalidante ne pouvait être reconnue.

L'assurée a contesté ce projet par pli du 6 mars 2018, faisant grief à l'OAI de se prononcer sur la base d'une expertise réalisée en juillet 2014 et de ne pas prendre en compte l'évolution globale de son état de santé. Elle a complété son écriture en produisant des rapports de ses médecins spécialistes traitants le 28 mai 2018. Un rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 14 mai 2018 rappelait le lourd passé cardiologique de l'assurée, qui était régulièrement suivie pour des arythmies symptomatiques. Selon cette praticienne, une capacité de travail de 100 % n'était pas envisageable sur le plan cardiologique, compte tenu du stress. Un rapport de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 28 mars 2018 mentionnait le diagnostic de trouble dépressif (avec facteurs de stress persistants multiples) faisant suite à un très probable état de stress post traumatique. La situation de l'assurée a été décrite comme suit :

« [...] Madame B.\_\_\_\_\_, jusqu'alors en bon état de santé, a subi en août 2013 un arrêt cardiaque dans un magasin, nécessitant réanimation, évacuation par hélicoptère, soins somatiques aigus, suivi d'une lente convalescence. Tout en récupérant progressivement sur le plan somatique, Madame B.\_\_\_\_\_ est restée très choquée par cet événement et profondément déstabilisée par l'imprévisibilité de cet accident. Après près de 6 mois, la reprise de travail a eu lieu à temps partiel, à ce qui était son taux habituel. La patiente n'a jamais travaillé à plein temps depuis cet accident. A cette situation instable, se sont ajoutés différents facteurs de stress importants (un divorce compliqué, des sérieuses incertitudes financières, la vie seule au quotidien avec deux adolescents, ainsi que des douleurs invalidantes liées à une hernie discale nécessitant des infiltrations). Tous ces éléments n'ont pas permis à la patiente de se stabiliser, mais au contraire ont contribué à voir se mettre en place un équilibre psychologique fragile.

**Symptômes actuels :** Madame B.\_\_\_\_\_ présente un état de stress chronique lié à un sentiment d'insécurité permanent et touchant plusieurs domaines importants (voir plus haut). Cet état est accompagné par une anxiété importante ainsi qu'un état

d'épuisement latent, souvent accompagné de symptômes de la lignée dépressive dans un contexte de découragement.

**Situation professionnelle et capacité de travail :** Suite à son changement de travail, Mme B. \_\_\_\_\_ a pu reprendre un emploi dans sa branche (libraire), à temps partiel. Le travail, investi et vécu comme très important pour la patiente est maintenu avec beaucoup de détermination et de rigueur. Toutefois l'équilibre fragile ainsi que la surcharge chronique du quotidien avec les troubles susmentionnés ne laissent que peu de marge. Ainsi en début 2017, suite à des difficultés augmentées dans le cadre du divorce ainsi que dans un contexte de surcharge professionnelle, Mme B. \_\_\_\_\_ est arrivée à la limite de ses capacités d'adaptation et a dû être arrêtée durant 4 mois. Elle présentait alors des pleurs, des troubles de concentration, une asthénie, une perte d'espoir en l'avenir et une importante recrudescence des douleurs lombaires. Actuellement remise de cette phase plus aigüe et avec une médication antidépressive, Mme B. \_\_\_\_\_ travaille à 50 % et il n'est actuellement pas envisageable, du fait qu'elle est déjà à la limite de ses ressources disponibles, d'envisager un taux supérieur. De toute évidence, le stress occasionné par une activité professionnelle à plein temps dans ce contexte ne pourrait que favoriser l'évolution vers un déséquilibre, délétère pour sa santé à tous points de vue.

**Pronostic :** Pour le moment, l'objectif est une stabilisation de la capacité de travail à 50 %, le risque est celui d'un échec menant à une incapacité totale si on devait envisager à court ou moyen terme une activité à un taux supérieur. [...] »

Après examen de ces nouveaux rapports médicaux, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions dans un avis du 18 juillet 2018.

L'OAI a dès lors rendu une décision le 6 décembre 2018, reprenant les termes de son projet de décision du 14 février 2018 et niant le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité faute d'atteinte à la santé invalidante.

**C.** B. \_\_\_\_\_ a déféré la décision du 6 décembre 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours daté du 31 décembre 2018, mettant notamment en évidence son impossibilité à exercer une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % pour raisons de santé et ses difficultés financières. Contestant l'appréciation de sa capacité de travail par l'OAI, elle a implicitement conclu au réexamen de son cas et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

Par réponse au recours du 26 février 2019, l'OAI a conclu à son rejet et au maintien de la décision litigieuse en l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée.

L'assurée a répliqué le 24 avril 2019 et maintenu ses déterminations, tout en renvoyant aux rapports établis par ses médecins traitants.

L'OAI a persisté dans ses conclusions le 14 mai 2019.

Par décision de la magistrate instructrice du 28 mai 2019, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 22 avril 2019, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la désignation de Me Alain Vogel au titre d'avocat d'office.

Ce dernier a été relevé de sa mission de conseil d'office de l'assurée aux termes d'une décision subséquente de la magistrate instructrice du 11 février 2020.

## **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 prévues par la LAI (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. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**c)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 4, let. c, LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

**2.**           Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité suite à sa deuxième demande de prestations formulée le 15 février 2017.

**3.**           **a)** Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les

circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la prestation pour déterminer si un changement notable de la situation justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF 133 V 108 consid.5). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

**4. a)** 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).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

**5. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un

rapport médical, 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)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

**6.** En l'espèce, ainsi que le retient le SMR dans ses différents avis, les rapports médicaux réunis suite à la seconde demande de prestations de la recourante font état de diagnostics cardiologiques et de symptômes psychiques a priori connus de l'intimé. Cela étant, ces documents indiquent que l'état de santé de la recourante a nécessité un arrêt de travail d'une durée de quatre mois dès fin janvier 2017, pour des raisons essentiellement psychiatriques, avec une reprise partielle d'activité précédant le retour au taux d'activité usuel de 56 %. La Dre H.\_\_\_\_\_ a désormais retenu que sa patiente souffrait d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive, respectivement d'un trouble dépressif accompagné d'un épuisement latent, qualifiant l'équilibre psychologique de fragile. La chronicité de la situation justifiait à son sens le maintien d'un taux d'activité partiel sur le long terme. Cette praticienne n'avait en revanche relaté aucune problématique psychique incapacitante dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations formulée par la recourante (cf. correspondance et rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ des 10 février 2015, 29 mai 2017 et 28 mars 2018). Sur le plan cardiologique, la Dre C.\_\_\_\_\_ a pour l'essentiel relaté une situation stationnaire, relevant toutefois une absence d'amélioration qui entraverait

l'augmentation du taux d'activité de la recourante (cf. en particulier : correspondance à l'intimé du 15 février 2017).

Dès lors, contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 18 juillet 2018, on ne peut considérer que ces pièces « ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation » et que « la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI ». Sur le plan psychiatrique, la dernière évaluation de l'état de la recourante remonte à l'expertise réalisée en juillet 2014 au sein de la Clinique F.\_\_\_\_\_, laquelle n'est manifestement plus d'actualité au vu des éléments rapportés par la Dre H.\_\_\_\_\_. Quant au volet cardiologique, il n'a fait l'objet d'aucune évaluation expertale. En outre, les documents médicaux versés en l'état du dossier ne permettent pas de fixer clairement la capacité résiduelle de travail dont est dotée la recourante dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée. Ils ne corroborent en tout cas pas l'exigibilité entière retenue par le SMR et fondant la décision querellée. Or, étant entré en matière sur la seconde demande de prestations de la recourante, l'OAI ne pouvait se passer d'une instruction complète destinée à se prononcer précisément sur ces éléments médicaux déterminants.

**7.** L'instruction diligentée par l'intimé s'avère également insuffisante eu égard au statut de la recourante.

Pour déterminer le statut de l'assuré (actif, actif à temps partiel ou non actif), il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit

être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

En l'occurrence, la recourante, séparée de son conjoint depuis la fin de l'année 2014, a indiqué que sans atteinte à la santé, elle aurait dû augmenter son taux d'activité à 100 % dès 2015 compte tenu de ses impératifs financiers. Cette allégation n'a pas été investiguée plus avant par l'intimé, à qui il appartenait pourtant de vérifier la plausibilité d'une modification du statut de la recourante.

**8. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration 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 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, étant donné que l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations de la recourante, il lui incombait de procéder à une instruction complète du cas d'espèce, avant de se déterminer sur la réalisation éventuelle d'un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Tel n'a pas été le cas en l'espèce, l'intimé n'ayant pas investigué la question du statut de la recourante et le dossier s'avérant incomplet sur le plan médical (capacité résiduelle de travail).

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction du dossier tout d'abord en vue de déterminer si le statut de la recourante s'est modifié, cas échéant depuis quand et dans quelle mesure. Il lui appartiendra également de diligenter toute mesure utile pour fixer précisément la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que les limitations fonctionnelles, si besoin en procédant à une expertise ou un examen clinique de la recourante, après actualisation des pièces médicales.

**9. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** Me Vogel a été relevé de ses fonctions par décision du 11 février 2020, sans qu'il y ait lieu de fixer une indemnité de conseil d'office. Dès lors, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alain Vogel, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :