

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 février 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Neu, juge et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X._____, à C._____, recourante, représentée par Me Xavier Rubli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Entrée en Suisse en 1995, X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare, née en 1975, mariée et mère de trois enfants nés entre 1997 et 2003, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, elle a travaillé du 1^{er} novembre 2007 au 31 janvier 2011 en tant que caissière à 75% pour le compte de la société M. _____.

Souffrant de dépression, X. _____ a déposé, en date du 28 janvier 2011, une demande de prestation de l'assurance-invalidité.

Par décision du 4 juillet 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a nié le droit de X. _____ à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente), au motif que, selon les renseignements recueillis, elle n'avait aucun suivi sur le plan psychiatrique et qu'elle présentait une capacité de travail entière dès le 1^{er} février 2011.

b) Le 2 décembre 2014, X. _____ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant des troubles psychiques.

Par décision du 2 mars 2015, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur cette demande, au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la décision du 4 juillet 2011.

c) Le 23 mai 2016, la Dre N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis un rapport médical à l'office AI. Elle y posait le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de troubles dissociatifs (de conversion) mixtes. Elle a relevé qu'elle se chargeait du suivi de X. _____ depuis le 26 juin 2015 dans le contexte d'une péjoration anxio-dépressive avec l'apparition de mouvements inexplicables

au niveau du visage (protrusion de la mâchoire, spasmes des paupières, tics). Il existait une relation temporelle entre le début des symptômes et les conflits avec sa belle-famille. La Dre N._____ a réservé son pronostic compte tenu de la chronicité des symptômes. Les limites fonctionnelles consistaient en des difficultés dans la gestion des émotions et l'exécution de tâches administratives, de même que dans une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation. Sur le plan cognitif, les capacités de concentration et de compréhension étaient limitées. Il en résultait que les activités impliquant du stress ou exigeant de la rapidité n'étaient pas exigibles.

B. Sous la signature de sa curatrice d'alors, X._____ a déposé, en date du 18 août 2016, une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Dr B._____, directeur médical de la Clinique Z._____, a transmis à l'office AI, en date du 13 octobre 2016, la lettre de sortie du 25 juin 2015 consécutive au séjour effectué par X._____ au sein de cet établissement du 12 novembre 2014 au 27 février 2015 en raison d'une décompensation dépressive. S'agissant des éléments anamnestiques, le Dr B._____ a indiqué que, dès 2008, l'assurée avait été sujette à des périodes de baisse de l'humeur associée à divers symptômes polymorphes, dont des hallucinations auditives l'enjoignant à faire du mal aux gens. Convaincue d'être victime d'un mauvais sort ou de magie, elle s'était rendue dans son pays d'origine à plusieurs reprises pour y subir des séances d'exorcisme dans le but d'être délivrée. Ayant posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F 33.1), il a expliqué que, dès l'été 2014, s'était à nouveau installée une baisse de la thymie avec la recrudescence d'un fort sentiment d'injustice en lien avec sa situation familiale et sociale. L'assurée avait en effet perdu son père, décédé au mois d'août 2013, mais également un employeur chez qui elle avait travaillé comme aide-ménagère, décédé en décembre 2012. Le Dr B._____ a relevé que la compliance médicamenteuse était très limitée, l'intéressée privilégiant les soins spirituels et homéopathiques. Compte

tenu de l'amélioration partielle de l'état clinique et des progrès réalisés sur le plan de l'acceptation de la maladie, l'assurée a quitté la clinique à condition de reprendre le suivi psychiatrique.

Dans un rapport du 17 octobre 2016, le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de perturbation mixte des émotions et de la conduite (F 43.25), de difficultés avec le conjoint/partenaire (Z 63.0) et de difficultés avec les parents/beaux-parents (Z 63.1). Il a également fait mention d'un état anxio-dépressif, de crises d'angoisse récidivante et d'une suspicion de troubles bipolaires. Tout en constatant que les problèmes de base persistaient, à savoir un conflit intra-familial, il a relevé que la pathologie psychique réduisait les capacités de concentration et d'adaptation. L'adhésion au traitement était souvent compliquée.

Le Dr E._____ a joint divers documents à son rapport dont la lettre de sortie du 1^{er} octobre 2014 consécutive au séjour effectué par X._____ à l'Hôpital psychiatrique de W._____ du 19 août au 11 septembre 2014. Cette hospitalisation en mode volontaire était motivée par un épuisement psychique avec clinophilie et mutisme. Le Dr K._____, chef de clinique, et la Dre D._____, médecin assistante, ont posé les diagnostics de perturbation mixte des émotions et des conduites (F 43.25), de difficultés avec le conjoint ou le partenaire (Z 63.0) et de difficultés avec les parents ou les beaux-parents (Z 63.1). Ils ont souligné que l'assurée décrivait un sentiment de honte et de culpabilité envers sa belle-famille qui l'a conduite à se réfugier dans le mutisme, seule manière à sa disposition pour pouvoir atteindre l'autre. L'intéressée ayant par ailleurs bien répondu aux médicaments prescrits, la thymie et le contact s'étaient rapidement améliorés. Les troubles de conversion avaient en outre disparu.

Par décision du 3 mai 2017, la Justice de paix du district de R._____ a autorisé l'avocat qui serait mandaté par la curatrice de X._____ à plaider et à transiger au sens de l'art. 416 al. 1 ch. 9 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210) au nom de cette dernière.

La Dre N. _____ ayant déclaré qu'elle ne se chargeait plus du suivi psychiatrique de X. _____ (courrier du 27 octobre 2017), le Dr L. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a souhaité que le Dr E. _____ soit réinterrogé afin de savoir s'il existait une atteinte à la santé incapacitante pour laquelle elle se soignerait (avis médical du 11 décembre 2017).

Sur la base des renseignements fournis par le Dr E. _____ en date du 16 février 2018, la Dre V. _____, médecin au SMR, a constaté que X. _____ n'avait plus de suivi médical depuis novembre 2016 et ne semblait pas en nécessiter. Dans cette situation où le contexte social et culturel était prédominant, elle n'a pas retenu de limitations fonctionnelles justifiant une diminution de la capacité de travail de l'intéressée (avis médical du 3 avril 2018).

Le 11 avril 2018, l'office AI a informé X. _____ qu'il entendait lui refuser le droit à des mesures professionnelles ainsi qu'à une rente d'invalidité, au motif que, selon les renseignements médicaux en sa possession, elle ne présentait pas une atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Le 17 mai 2018, Me Xavier Rubli, avocat, a transmis à l'office AI la décision de la Justice de paix du district de R. _____ du 24 avril 2018 le nommant curateur de substitution, ayant pour tâche de représenter X. _____ dans le cadre de la cause l'opposant à l'office précité.

Dans un rapport du 30 août 2018 établi à la demande du conseil de X. _____, les Drs S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P. _____, médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie T. _____, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et de troubles dissociatifs (F 44). Tout en faisant état d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée, ils ont souligné qu'elle ne faisait pas l'objet d'un suivi médical et qu'elle n'avait pas de prescription médicamenteuse. Ils ont relevé que les troubles

dissociatifs apparaissaient souvent à la suite d'un traumatisme, de problèmes insolubles et insupportables ou de relations interpersonnelles difficiles. Ayant constaté que la symptomatologie présentée s'inscrivait dans un contexte familial difficile, les médecins prénommés ont préconisé, outre un suivi psychothérapeutique, l'instauration d'un traitement médicamenteux.

Le 31 août 2018, X. _____ a présenté des objections au projet de décision du 11 avril précédent, contestant pour l'essentiel la capacité de travail retenue. A l'appui de ses allégations, elle a notamment produit un rapport d'expertise psychiatrique du 31 août 2016, laquelle a été effectuée à la demande de la Justice de paix du district de R. _____ dans le cadre d'une enquête civile en modification de mesures de protection de l'adulte. Les Drs G. _____ et F. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante au Département de psychiatrie de l'Hôpital J. _____ (site de W. _____), ont diagnostiqué des troubles dissociatifs (de conversion) (F 44), un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F 33.4) ainsi que des difficultés avec le conjoint ou le partenaire (Z 63.0). Sous la rubrique « anamnèse », l'assurée décrivait une cohabitation difficile avec sa belle-mère, ce qui avait progressivement débouché sur des situations de crise entraînant l'apparition, dès 2008, de symptômes polymorphes. Les troubles dissociatifs étaient en lien avec des notions d'abus ou de négligences émotionnelles dont l'assurée avait été victime lorsqu'elle vivait avec sa belle-mère ; la durée de la pathologie dépendait de la sévérité du traumatisme. Quant au trouble dépressif, il était en rémission. Si l'assurée pouvait faire le lien entre les symptômes dissociatifs et des moments de stress importants en relation avec le conflit familial, elle présentait en revanche des difficultés dans le calcul, le raisonnement numérique et le raisonnement logique ; elle avait par ailleurs une faible capacité de discernement pour comprendre le sens d'une curatelle de portée générale. Les experts ont finalement précisé que l'intéressée n'avait pas souhaité poursuivre son suivi psychiatrique ni prendre la médication.

Après avoir pris connaissance des pièces médicales versées au dossier dans le cadre de la procédure d'audition, la Dre V._____ a considéré que, compte tenu notamment d'une description clinique non limitante et des possibilités thérapeutiques évoquées (suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux), il n'y avait pas de raisons médicales de s'écarter des conclusions de l'avis du 3 avril 2018 (avis médical du 19 septembre 2018).

Par décision du 6 décembre 2018, l'office AI a entériné son refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité, conformément à son projet du 11 avril précédent.

C. **a)** Par acte du 28 janvier 2019, X._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en concluant sous suite de frais et dépens principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Sous l'angle formel, elle a invoqué une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'office AI de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise psychiatrique contrairement à ce qu'elle avait expressément requis. Sur le fond, elle s'est référée à diverses pièces médicales pour soutenir que sa capacité de gain était nulle compte tenu des troubles psychiques présentés.

b) Dans sa réponse du 26 février 2019, l'office AI a déclaré que le SMR s'était prononcé dans ses avis médicaux des 14 [recte : 19] septembre 2018 et 12 février 2019 après avoir analysé l'intégralité du dossier médical. Il a au demeurant relevé que l'assurée avait l'obligation de diminuer le dommage, ajoutant que, moyennant un traitement anxiolytique, l'évolution s'était révélée rapidement favorable. Ayant finalement rappelé qu'il n'existait pas de droit à la mise en œuvre d'une expertise, il a conclu au rejet du recours.

c) En réplique du 20 juin 2019, X._____ a indiqué que, contrairement à ce que laissait entendre l'office AI, elle se soumettait à un traitement médicamenteux afin de traiter la dépression dont elle souffrait. En revanche, un tel traitement faisait défaut pour les troubles dissociatifs. C'était donc à tort que l'office AI estimait que la prise d'un anxiolytique suffirait à la guérir et à lui permettre de reprendre une activité professionnelle. A titre de mesures d'instruction, elle a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, tout en sollicitant l'audition de la Dre P._____ en qualité de témoin. Pour le surplus, elle a intégralement confirmé les conclusions de son recours.

d) Dupliquant en date du 2 juillet 2019, l'office AI a signalé qu'il n'avait pas d'argument supplémentaire à ajouter à sa réponse du 26 février précédent, de sorte qu'il concluait derechef au rejet du recours.

e) Le 8 juillet 2019, X._____ a transmis à la Cour de céans un rapport de la Dre P._____ daté du même jour. Cette dernière y confirmait qu'elle suivait un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré bimensuel au Centre de psychiatrie et psychothérapie T._____ associé à un traitement anti-dépresseur et anxiolytique. Au niveau psychopharmacologique, elle a répété qu'il n'existait pas de traitement susceptible de traiter les troubles dissociatifs diagnostiqués. D'après la Dre P._____, la capacité de travail de l'assurée était nulle en raison de la répétition des crises dans le cadre d'un trouble dissociatif et de l'aggravation de son état dépressif. Elle a toutefois estimé indiquée la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, l'assurée se ralliant à cette suggestion si la Cour de céans devait considérer que les éléments avancés par la Dre P._____ n'étaient pas suffisants pour lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité (écriture du 8 juillet 2019).

f) Dans ses déterminations du 17 juillet 2019, l'office AI a indiqué avoir soumis le rapport de la Dre P._____ du 8 juillet précédent au SMR lequel, sous la plume de la Dre V._____, a estimé qu'il n'amenait pas d'éléments objectivement vérifiables susceptibles de modifier sa

position (avis médical du 15 juillet 2019). L'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

g) S'exprimant une ultime fois par courrier du 29 juillet 2019, X._____ a répété que les troubles dissociatifs - attestés par de nombreux médecins - associés à la dépression dont elle souffrait excluaient toute capacité de travail résiduelle. Elle a confirmé les conclusions de son recours.

D. Par décision du 29 janvier 2019, X._____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet à cette date. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais ainsi que de toute franchise mensuelle.

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 compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 2 LPGA) 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 recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) 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 ; art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 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.

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si 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), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On

ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

4. a) 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).

b) 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).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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.

b) Par sa décision du 2 mars 2015, l'office intimé avait refusé d'entrer en matière sur la demande du 2 décembre 2014 au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la décision du 4 juillet 2011 lui refusant le droit à toutes prestations. En revanche, statuant le 6 décembre 2018 sur la nouvelle demande, accompagnée de pièces médicales nouvelles, présentée par l'assurée le 18 août 2016, il l'a rejetée, motif pris que, selon les renseignements médicaux en sa possession, elle ne présentait pas une atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. C'est dès lors au regard des conditions de la révision du droit à la rente, applicables par analogie à l'examen des conditions matérielles d'une nouvelle demande, qu'il convient d'examiner le recours.

6. a) En l'occurrence, l'office AI est entré en matière sur la demande de prestations de la recourante du 18 août 2016. A ce stade, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision initiale de refus de prestations du 4 juillet 2011 et la décision attaquée.

L'office AI a rendu sa décision de refus de prestations sur la base des avis de synthèse de la Dre V. _____ des 3 avril et 19 septembre 2018. Faisant siennes les constatations de ce médecin, l'intimé considère au terme de son instruction que la recourante ne présente pas d'atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail. En d'autres termes, en l'absence d'incapacité de gain, aucune invalidité ne peut lui être reconnue.

b) La recourante estime pour sa part qu'elle a droit à une rente se référant à cet égard aux avis de ses psychiatres traitants, selon lesquels elle présenterait diverses atteintes psychiques invalidantes justifiant une incapacité de travail de 100%. Elle reproche également à l'office AI de ne pas avoir diligenté une expertise psychiatrique.

A l'appui de ses allégations, X._____ a notamment produit un rapport du 30 août 2018 établi à la demande de son conseil par les Drs S._____ et P._____, tous deux médecins au Centre de psychiatrie et psychothérapie T._____. Ces praticiens y posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et de troubles dissociatifs (F 44). Tout en faisant état d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée, ils soulignaient qu'elle ne faisait pas l'objet d'un suivi psychiatrique et qu'elle n'avait pas de prescription médicamenteuse. Ils relevaient que les troubles dissociatifs apparaissaient souvent à la suite d'un traumatisme, de problèmes insolubles et insupportables ou de relations interpersonnelles difficiles. Ayant constaté que la symptomatologie présentée s'inscrivait dans un contexte familial difficile, les médecins prénommés préconisaient, outre un suivi psychothérapeutique, l'instauration d'un traitement médicamenteux.

La recourante a également produit un rapport du 8 juillet 2019 de la Dre P._____. Cette dernière y confirmait qu'elle suivait un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré bimensuel au Centre de psychiatrie et psychothérapie T._____ depuis le 17 juillet 2018 (cf. rapport du 30 août 2018) associé à un traitement anti-dépresseur et anxiolytique. Au niveau psychopharmacologique, elle a indiqué qu'il n'existait pas de traitement susceptible de traiter les troubles dissociatifs diagnostiqués. D'après la Dre P._____, la capacité de travail de l'assurée était nulle en raison de la répétition des crises dans le cadre d'un trouble dissociatif et de l'aggravation de son état dépressif ayant nécessité une augmentation de son traitement. Elle a estimé indiquée la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

c) A l'examen du rapport du 8 juillet 2019, on constate que la recourante est au bénéfice d'un suivi psychiatrique depuis près d'une année auprès du Centre de psychiatrie et psychothérapie T._____ alors qu'elle ne bénéficiait plus d'un tel suivi depuis 2016 (cf. rapport du 30 août 2018). Selon les Drs G._____ et F._____, elle avait arrêté de son propre chef son suivi psychiatrique auprès de la Dre N._____ en mai 2016 en expliquant qu'elle avait besoin d'une pause (rapport du 31 août 2016, p. 10). Ce suivi est associé à un traitement anti-dépresseur et anxiolytique faisant suite au refus de l'assurée de prendre la médication qui lui était prescrite (rapport du 31 août 2016, p. 10). En préconisant un suivi psychothérapeutique et l'instauration d'un traitement médicamenteux, les Drs S._____ et P._____ ont attesté une évolution de l'état de santé sous la forme d'une aggravation des troubles psychiques présentés. A cet égard, il convient d'admettre que les diagnostics posés de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) et de troubles dissociatifs (F 44) sont graves. Au demeurant, des diagnostics similaires avaient également été retenus antérieurement par d'autres praticiens (cf. rapports du 25 juin 2015 du Dr B._____ et du 23 mai 2016 de la Dre N._____).

d) Sur le vu de ce qui précède, la Dre V._____ ne peut être suivie dans son appréciation en tant que, dans la décision litigieuse, l'intimé élude une série d'appréciations médicales divergentes, lesquelles laissent présager d'une situation potentiellement incapacitante sur le plan psychiatrique en lien avec l'exercice d'une activité adaptée.

e) En définitive, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office AI à considérer que l'état de santé de la recourante était demeuré sans changement depuis le 4 juillet 2011 au point qu'elle présenterait une pleine capacité de travail ; une aggravation a été annoncée sans que l'office AI n'ait véritablement procédé à des investigations afin de déterminer si les nouveaux éléments rapportés étaient de nature à modifier l'appréciation selon laquelle la recourante présenterait une pleine capacité de travail. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits

médicaux pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il s'ensuit que l'examen de l'exigibilité n'est pas possible.

7. a) 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 justifié 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; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé psychique de la recourante, ni les conséquences de cet état de santé sur son éventuelle capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. L'instruction doit être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique indépendante au sens de l'art. 44 LPGA, en vue de déterminer l'évolution de la capacité de travail de la recourante au regard des affections psychiques qu'elle présente puis, sur la base des renseignements recueillis, de procéder à un nouvel examen de l'exigibilité et de la capacité de gain à la lumière des indicateurs jurisprudentiels tels que l'éventuel recours à des thérapies, leur déroulement et leurs effets, les essais de réadaptation professionnelle, les éventuelles comorbidités, le contexte social de la personne concernée, ainsi que les limitations dans la vie quotidienne. Cela

fait, une nouvelle décision sur le droit éventuel de l'intéressée à des prestations de l'assurance-invalidité sera rendue.

8. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 6 décembre 2018, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

9. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 décembre 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Xavier Rubli, avocat (pour 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).

Le greffier :