

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 septembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 ss et 43 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], ayant exercé en qualité de coiffeuse dans son pays d'origine, est arrivée en Suisse le 18 novembre 2013. Le 18 mars 2015, elle a été mise au bénéfice d'un permis F (livret pour étrangers admis provisoirement).

Le 10 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a joint un rapport du 27 mars 2017 de la Dre R.\_\_\_\_\_, psychiatre, posant notamment les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de difficultés liées à l'environnement social et familial direct, ainsi que de syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche.

Dans un rapport à l'OAI du 15 décembre 2017, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a notamment retenu les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies gauches chroniques d'origine mixte sur troubles dégénératifs du rachis, de conflit acromio-claviculaire, de tendinopathie du sus-épineux gauche, d'épicondylite et épitrochléite du coude gauche, de côte cervicale sans signe de défilé cervico-thoracique sur côte cervicale, de status post-thyroïdectomie totale en mai 2017 pour carcinome papillaire de la thyroïde, ainsi que de lymphome de type MALT gastrique diagnostiqué en novembre 2016. Sur le plan psychique, outre les diagnostics déjà posés par la Dre R.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu celui de syndrome de stress post-traumatique. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente. Il a expliqué qu'elle n'avait pas eu le temps de travailler depuis son arrivée en Suisse, en raison d'un état de santé fragile. En annexe, il a joint de nombreux documents en lien avec les diagnostics relevés, en particulier, plusieurs rapports établis entre les mois de septembre 2015 et août 2017 par des médecins des Services de rhumatologie et de

neurologie du F.\_\_\_\_\_, qui retenaient notamment des cervico-brachialgies gauches chroniques d'origine mixte. Dans un rapport du 2 mai 2016, les Drs M.\_\_\_\_\_, neurologue, et X.\_\_\_\_\_, médecin au F.\_\_\_\_\_, ont constaté que l'assurée présentait des brachialgies gauches non déficitaires sans syndrome irritatif clinique évocateur d'une radiculopathie ou d'un syndrome du défilé thoraco-brachial. Le bilan électrophysiologique était également rassurant avec l'absence d'argument pour une neuropathie sous-jacente, une plexopathie ou une radiculopathie. Ils ont proposé la poursuite de la physiothérapie et indiqué qu'une composante de surcharge semblait possible au vu du contexte social difficile et des symptômes clairement péjorés par la « tristesse » rapportée par la patiente.

Dans un rapport du 29 décembre 2017 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et en médecine interne, a posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de lymphome de la zone marginale de type MALT 1, mis en évidence le 2 novembre 2016 dans le cadre d'une infection à *Helicobacter pylori*, de status après antibiothérapie terminée le 22 novembre 2016, de maladie résiduelle minime à la gastroscopie du 10 avril 2017, de carcinome papillaire de la thyroïde du lobe droit, de status après thyroïdectomie totale le 10 mai 2017, ainsi que de substitution thyroïdienne, avec absence de récurrence au contrôle de septembre 2017. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a relevé qu'à la dernière consultation, en avril 2017, le traitement d'éradication d'*Helicobacter pylori* avait amené une disparition subtotale du lymphome marginal. Il n'y avait pas d'incapacité de travail, ni de limitations.

Par avis médical du 12 septembre 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que selon l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_, il n'existait aucune limitation objective pour attester une incapacité de travail sur le plan oncologique et de médecine interne. Quant au Dr B.\_\_\_\_\_, il reprenait les diagnostics somatiques connus et semblait évoquer une incapacité de travail sans l'estimer, ni la motiver autrement que par une santé fragile. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a conclu à une pleine capacité de travail.

Par projet de décision du 18 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles. Il a expliqué qu'elle avait présenté une incapacité totale de travail du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 31 décembre 2017. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, elle était à même de reprendre à plein temps toute activité professionnelle. La demande de prestations ayant été déposée le 10 octobre 2017, une rente n'aurait pu être versée que six mois après, soit à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018. Or, à cette date, elle ne présentait plus d'incapacité de travail et de gain.

Le 3 octobre 2018, l'assurée a contesté ce projet, en soutenant qu'elle était toujours en incapacité de travail totale en raison de douleurs chroniques permanentes. Elle devait prendre des médicaments à vie à cause du cancer de la thyroïde pour lequel elle avait été opérée. En outre, une gastroscopie, pour contrôler son cancer de l'estomac, était prévue prochainement. Elle ressentait encore des douleurs sur le plan rhumatologique. Enfin, elle avait été victime d'un accident de voiture en février 2018, lequel avait entraîné des douleurs au dos et à la nuque.

Par la suite, l'assurée a notamment transmis les documents suivants :

- un rapport établi le 24 février 2018 par le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin au Centre d'urgences N.\_\_\_\_\_, à la suite d'une consultation ambulatoire consécutive à un accident de voiture subi par l'assurée le même jour. Il retenait les diagnostics de contusions au thorax et à l'articulation tibiotarsienne et avait prescrit du Dafalgan ;
- un rapport du 30 mai 2018 des Drs C.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, médecins à la consultation d'endocrinologie du F.\_\_\_\_\_, relevant que la patiente présentait une excellente réponse oncologique à un an post-opératoire ;

- un rapport établi le 5 octobre 2018 par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, posant notamment les diagnostics de cervico-scapulo-brachialgies sur hypertonie musculaire, syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral et probable bursite de l'angle supéro-médian de l'omoplate gauche, de syndrome fémoro-patellaire bilatéral intermittent, de tendinopathie du court péronier gauche, de probable neuropathie du rameau externe du nerf péronier superficiel droit post-infiltration locale vers 2012, de thyroïdectomie pour cancer avec hypothyroïdie substituée, de lymphome gastrique sous surveillance, de diabète de type II traité, d'accident de voiture le 24 février 2018, ainsi que de syndrome de stress post-traumatique et probable état dépressif ;
- un certificat médical du 5 octobre 2018 du Dr H.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale de sa patiente depuis le 13 juin 2018 au moins, date du début du suivi, dans sa formation de coiffeuse et dans toute autre activité manuelle ;
- un certificat médical établi le 9 octobre 2018 par le Dr B.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'une importante poly-morbidité plurisystémique ;
- un rapport du 16 octobre 2018 de la Dre P.\_\_\_\_\_, psychiatre, expliquant suivre l'assurée depuis mars 2018. Celle-ci avait présenté dès le mois de juin dernier une clinique d'hyperactivité neurovégétative avec une sensation fréquente de peur. Il était possible que la péjoration des symptômes post-traumatiques soit en lien avec l'accident de voiture subi en février 2018.

Le 15 novembre 2018, l'assurée a encore transmis des rapports établis le 8 novembre 2018 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, gastroentérologue, et le 15 novembre 2018 par le Dr G.\_\_\_\_\_, pathologiste, à la suite d'une œsogastroduodénoscopie.

Par avis médical du 9 janvier 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ a maintenu sa position. Il a exposé que les rapports produits par l'assurée concernaient toujours la pathologie gastro-intestinale connue, sans apporter de nouveaux éléments probants en faveur d'une atteinte incapacitante. Les médecins ne s'exprimaient par ailleurs pas sur une éventuelle incapacité de travail.

Par décision du 14 janvier 2019, l'OAI a confirmé le refus de rente et de mesures professionnelles. Dans un courrier du même jour, il a expliqué maintenir sa position, en reprenant les éléments relevés par le Dr W.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 4 février 2019, l'assurée a demandé à l'OAI de lui remettre une copie de son dossier.

Le 6 février 2019, l'OAI a envoyé à l'intéressée un CD-ROM contenant une copie des pièces administratives et économiques de son dossier. Il l'a invitée à lui indiquer les coordonnées d'un médecin auquel il pourrait transmettre les pièces médicales.

**B.** Par acte du 18 février 2019, U.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à sa réforme en ce sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il mette en place une expertise pluridisciplinaire. Elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, dès lors que l'OAI ne lui avait pas transmis les éléments médicaux sur lesquels il s'était fondé. Elle a allégué que ses médecins concluaient à une incapacité de travail totale et a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire. Elle a joint un rapport établi le 4 février 2019 par le Dr H.\_\_\_\_\_, reprenant les diagnostics déjà listés dans celui du 5 octobre 2018 et ajoutant celui de mialgic paresthetic of the right thigh on hypertonicity of the right ilio-psoas. Il exposait que sa patiente se plaignait de douleurs musculo-squelettiques et qu'elle présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 13 juin 2018 au moins. Bien que son état

se soit amélioré, son endurance était de l'ordre de deux heures maximum par jour et sans assurance qu'elle puisse reproduire cette performance tous les jours. Dans une activité adaptée (avec des restrictions quant au port de charges, aux positions de porte-à-faux du tronc, aux mouvements répétitifs avec les membres supérieurs, aux activités au-dessus du niveau des épaules, aux positions accroupies et agenouillées, ainsi qu'aux montées/descentes de pentes, d'escaliers et d'échelles), les capacités n'étaient guère supérieures, ceci jusqu'au 28 février 2019 au moins.

Par décision du 19 février 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 18 février 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 21 mars 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en se référant à un avis du 11 mars 2019 du Dr W.\_\_\_\_\_, joint en annexe. Le Dr W.\_\_\_\_\_ relevait que le suivi auprès du Dr H.\_\_\_\_\_ avait débuté peu de temps avant le projet de décision. Il s'agissait de douleurs musculo-squelettiques diffuses principalement localisées au niveau cervical, scapulaire et brachial sur hypertonie musculaire. Le Dr H.\_\_\_\_\_ se contentait d'une description des douleurs sans status clinique précis. Les nouveaux diagnostics, peu motivés, étaient susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles mais en aucun cas une incapacité de travail définitive dans une activité adaptée. D'ailleurs, les estimations du Dr H.\_\_\_\_\_ en matière d'incapacité de travail semblaient plutôt temporaires. Il était difficile, pour le Dr W.\_\_\_\_\_, de se positionner sur ces douleurs, point qui n'avait pas été instruit jusqu'à présent.

Par réplique du 1<sup>er</sup> mai 2019, la recourante a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a joint un rapport du 30 avril 2019 de la Dre J.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, expliquant que la patiente avait été prise en charge par le F.\_\_\_\_\_ de septembre 2015 à août 2017 en raison notamment de cervico-brachialgies à gauche. La physiothérapie et le traitement antalgique n'avaient pas permis d'amélioration, de sorte qu'elle avait été

adressée au Dr H.\_\_\_\_\_. Durant la période de suivi médical au F.\_\_\_\_\_, la capacité de travail n'avait pas été évaluée. Compte tenu de la clinique actuelle et de l'historique, une incapacité de travail était survenue entre fin 2015 et juin 2018. La recourante a encore annexé un rapport du 30 avril 2019 du Dr H.\_\_\_\_\_, expliquant que plusieurs investigations avaient été réalisées lors du suivi en rhumatologie au F.\_\_\_\_\_. Il avait été retenu un probable syndrome du défilé thoracique sur côte cervicale. L'on se trouvait ainsi devant une pathologie et des limitations de longue durée, du moins dans l'activité de coiffeuse. Dans une activité adaptée, l'endurance exigible était d'un maximum de deux heures par jour, ce qui correspondait à une activité d'ordre occupationnel, ce au moins jusqu'au 15 mai 2019.

Par duplique du 27 mai 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a joint un avis médical du 21 mai 2019 du Dr W.\_\_\_\_\_, relevant que lors de la décision litigieuse, les rapports de suivi au F.\_\_\_\_\_ pour cervico-brachialgies ne figuraient pas au dossier. Il était donc particulièrement difficile d'instruire de manière rétroactive sur cette nouvelle situation qui demandait une instruction complète. Si l'on retenait les diagnostics posés par le Dr H.\_\_\_\_\_, on pouvait effectivement admettre une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis au moins juin 2018. Sur un plan médico-théorique, une pleine capacité de travail devrait pouvoir être maintenue dans une activité adaptée aux limitations orthopédiques énumérées par le Dr H.\_\_\_\_\_. Il n'existait aucune raison objective de remettre en cause ces diagnostics, jusqu'ici inconnus de l'instruction. Une expertise n'apporterait sans doute pas beaucoup d'éléments nouveaux, sinon une confirmation de ces diagnostics et de leurs limitations fonctionnelles. Une mesure d'évaluation des capacités fonctionnelles serait sans doute plus probante pour estimer la réelle capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Le 21 juin 2019, la recourante a complété ses conclusions, en ce sens qu'une rente lui soit octroyée « si l'OAI ne contest[ait] pas le diagnostic du Dr H.\_\_\_\_\_ ». Elle a annexé un rapport du 18 juin 2019 de ce dernier, relevant que la position du SMR comprenait une contradiction,

dès lors qu'elle ne remettait pas en cause les diagnostics et les limitations fonctionnelles qu'il avait retenus, mais concluait à une capacité de travail entière dans une activité adaptée au lieu d'une capacité d'ordre occupationnelle, de maximum deux heures par jour.

### **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 recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3.** L'invalidité se définit comme 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 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 se définit 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).

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

**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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation

complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

**5.** En l'espèce, la recourante se prévaut d'une incapacité de travail totale et reproche à l'intimé une violation du droit d'être entendu et de son devoir d'instruction.

L'assurée n'amène aucun élément pour contester l'appréciation de l'OAI s'agissant de l'atteinte gastro-intestinale et du cancer thyroïdien, lequel a nécessité une thyroïdectomie le 10 mai 2017. En réalité, la recourante se prévaut des rapports du Dr H.\_\_\_\_\_, auprès duquel elle a débuté un suivi en juin 2018. Ce spécialiste pose notamment les diagnostics de cervico-scapulo-brachialgies sur hypertonie musculaire et de syndrome du défilé thoraco-brachial bilatéral. Il retient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et estime que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles inhérentes aux atteintes rhumatologiques ou orthopédiques, la capacité de travail serait uniquement d'ordre occupationnel. Il apparaît donc que la recourante présente de nouvelles atteintes, antérieures à la décision litigieuse du 14 janvier 2019. Dans son avis du 21 mai 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ considère

qu'en raison, notamment, de l'absence au dossier du suivi effectué au F.\_\_\_\_\_ pour des cervico-brachialgies, il est particulièrement difficile d'instruire de manière rétroactive sur cette nouvelle situation, dont il concède qu'elle demande une instruction complète. L'OAI n'a effectivement pas instruit cette problématique. Or, il en a été informé avant de rendre la décision attaquée. Tant le Dr H.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 5 octobre 2018) que le Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 15 décembre 2017) avaient relevé certains diagnostics en ce sens. Le Dr B.\_\_\_\_\_ avait notamment joint plusieurs rapports établis par des médecins des Services de rhumatologie et de neurologie du F.\_\_\_\_\_ entre septembre 2015 et août 2017, faisant en particulier état de cervico-brachialgies gauches chroniques d'origine mixte. On ignore toutefois si l'ensemble des pièces médicales relatives au suivi au F.\_\_\_\_\_ figurent dans le dossier. Les médecins ne se sont par ailleurs pas prononcés sur la capacité de travail de la patiente. En outre, le 2 mai 2016, les Drs M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du F.\_\_\_\_\_ ont écarté la suspicion d'un syndrome du défilé thoraco-brachial, alors que le Dr H.\_\_\_\_\_ retient notamment ce diagnostic dans ses rapports des 5 octobre 2018 et 30 avril 2019. Quant au Dr W.\_\_\_\_\_, il exprime toute son appréciation au conditionnel, sans avoir analysé les autres documents liés à ces atteintes (cf. avis du 21 mai 2019). Force est ainsi de constater que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause.

**6. 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est également 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, la situation médicale de la recourante n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui 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 -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles afin de déterminer la nature des atteintes à la santé de la recourante ainsi que leurs éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**7.** Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner le grief de la violation du droit d'être entendu soulevé par l'assurée.

**8. a)** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 14 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- U. \_\_\_\_\_
- 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 :