

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 janvier 2019

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
MM. Neu et Piguet, juges  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, 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.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, a travaillé en qualité d'opératrice de production à 100 % auprès de B. \_\_\_\_\_ jusqu'au 31 mai 2012, avant de se retrouver au chômage. Elle est femme au foyer depuis le 1<sup>er</sup> juin 2014.

L'assurée a déposé le 9 mai 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité totale de travail.

Le 6 juin 2017, au cours d'un appel téléphonique avec l'OAI, l'intéressée a expliqué qu'elle souffrait de dépression et de problèmes liés à sa tension artérielle. Elle était régulièrement suivie par son médecin généraliste, le Dr T. \_\_\_\_\_, et avait consulté la Dresse U. \_\_\_\_\_, psychiatre, pour la dernière fois en 2015. Elle ne prenait plus d'antidépresseurs.

Dans un rapport du 12 septembre 2017 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu, au titre de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ceux de tendinopathie du sus-épineux bilatérale, de « F33.2 » (soit de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), ainsi que de personnalité anxieuse et évitante (F.60.6). Pour toutes les autres questions qui lui étaient posées, en lien notamment avec l'anamnèse, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de sa patiente, le Dr T. \_\_\_\_\_ a renvoyé aux rapports joints en annexe, à savoir :

- un rapport établi le 5 mai 2010 par la Dresse O. \_\_\_\_\_, radiologue, faisant suite à des radiographies de la colonne cervicale, constatant des troubles statiques du rachis cervical avec des discopathies en C3-C4 et C4-C5 associées à ce dernier niveau à un rétrolisthésis ;

- un rapport du 7 novembre 2011 du Dr L.\_\_\_\_\_, cardiologue, retenant notamment une absence d'ischémie myocardique et d'arythmie démontrée lors d'un test d'effort sous-maximal en termes de fréquence, une bonne fonction systolique ventriculaire gauche, ainsi qu'une extrasystolie ventriculaire de très haute incidence originaire du ventriculaire gauche. Le spécialiste indiquait que le bilan restait rassurant et proposait de majorer le traitement de bêta-bloquants. Il estimait que le pronostic était excellent ;
  
- un rapport du 26 novembre 2014 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, radiologue, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du même jour, constatant notamment, en C4-C5, un prolapsus discal postéromédian à la hauteur du disque produisant une légère empreinte sur le cordon médullaire, des ostéophytes corporéaux postérieurs rétrécissant modérément le canal cervical, ainsi que des remaniements uncarthrosiques rétrécissant sévèrement les trous de conjugaison des deux côtés. La radiologue concluait à une sténose cervicale modérée et uncarthrose droite et gauche sévère en C3-C4 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et remaniements spondylarthrosiques et uncarthrosiques sévères, une sténose canalaire modérée et une sténose foraminale droite et gauche sévère en C4-C5 sur hernie discale postéromédiane légèrement sténosante, avec des remaniements spondylarthrosiques et uncarthrosiques sévères, une légère sténose canalaire et foraminale en C5-C6 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante et remaniements spondyl-uncarthrosiques, ainsi qu'une légère sténose canalaire en C6-C7 sur protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante ;
  
- un rapport de la Dresse G.\_\_\_\_\_, du 27 novembre 2014 faisant suite à un scanner thoracique, observant des aspects compatibles avec une fracture non consolidée avec pseudarthrose de l'arc postéro-latéral de la douzième côte droite, une absence de lésion

pulmonaire, et une extasie de l'aorte thoracique atteignant 4 cm de diamètre maximal dans sa portion ascendante ;

- un rapport du 24 novembre 2015 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, consécutif à une mammographie et une échographie mammaire, constatant une lésion à cheval sur les quadrants externes du sein gauche dont les aspects étaient compatibles avec un fibroadénome, pour laquelle la spécialiste proposait d'effectuer une ponction-biopsie.

Par avis médical du 1<sup>er</sup> mai 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que le rapport du 12 septembre 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_ ne contenait aucune donnée clinique à l'appui des affections dont seul le code de la CIM-10 ou le compte-rendu d'examen radiologiques étaient fournis. Il n'y avait ainsi aucune atteinte à la santé valablement incapacitante démontrée par le médecin traitant.

Par projet de décision du 7 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, au motif qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail invalidante au sens de l'AI.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 24 mai 2018, soutenant que son état de santé avait commencé à se dégrader en 2010, alors qu'elle travaillait chez B.\_\_\_\_\_. Elle avait totalisé près de 300 jours d'absence pour des raisons de maladie. Au cours de sa période de chômage, elle avait accepté un emploi temporaire pour Z.\_\_\_\_\_, mais cela s'était soldé par un échec. Elle s'était dès lors retrouvée en incapacité totale de travail. L'assurée a notamment joint une lettre du 17 février 2012 de B.\_\_\_\_\_, résiliant son contrat de travail au vu de ses absences pour motifs de maladie, ainsi qu'un courrier du 18 avril 2013 confirmant l'interruption du programme d'emploi temporaire auprès de Z.\_\_\_\_\_ pour des raisons médicales. Elle a encore annexé des certificats médicaux établis par le Dr T.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité totale de travail pour différentes périodes comprises entre le 9 octobre 2011 et le 20 septembre

2013, ainsi que des certificats rédigés par les Dresses H.\_\_\_\_\_, puis U.\_\_\_\_\_, psychiatres, attestant une incapacité de travail de 100 % du 2 septembre 2013 au 31 mai 2014.

Le 26 juin 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait effectué des examens, lesquels avaient mis en évidence des lésions importantes aux cervicales et au thorax. Elle avait des problèmes de mémoire et d'équilibre qui ne lui permettaient pas de sortir seule, auxquels s'ajoutaient des maux de tête et de la fatigue. Elle a joint différentes pièces médicales figurant déjà au dossier, ainsi qu'un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2015 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, recommandant d'exciser la lésion au sein gauche quel que soit le résultat de la biopsie, et un rapport du 2 décembre 2015 du Dr J.\_\_\_\_\_, pathologiste, constatant à la suite de dite biopsie un parenchyme mammaire sans lésion notable.

Par avis médical du 9 juillet 2018, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé que le médecin traitant [recte : l'assurée] avait fourni d'anciens documents, sans prendre la peine d'en relier les conclusions à la réalité clinique, et que rien ne permettait d'identifier une atteinte à la santé durablement incapacitante.

Par décision du 12 juillet 2018, l'OAI a confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans une lettre du même jour, il a expliqué à l'assurée que les documents transmis ne permettaient pas d'identifier une atteinte à la santé durablement incapacitante.

**B.** Par acte du 17 juillet 2018 adressé à l'OAI, l'assurée a recouru contre cette décision en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à cet office pour qu'il mette en œuvre une expertise médicale. Elle a soutenu qu'il n'avait ni pris en compte le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, ni les pièces qu'elle lui avait fait parvenir.

Le 19 juillet 2018, l'OAI a transmis ce recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence.

Dans sa réponse du 19 septembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant à l'avis du 9 juillet 2018 du SMR. En outre, il a jugé que la mise en place d'une expertise médicale n'était pas nécessaire.

Par réplique du 15 octobre 2018, la recourante a indiqué avoir réalisé une nouvelle IRM, laquelle démontrait que ses atteintes au niveau cervical avaient empirés depuis l'examen réalisé en 2014. Cette IRM confirmait ses problèmes de santé, soit la perte de force et de sensibilité aux deux membres inférieurs, des céphalées et des vertiges. Elle a joint à son écriture un rapport du 9 octobre 2018 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, consécutif à une IRM du rachis cervical effectué le même jour, décrivant notamment, en C4-C5, un prolapsus discal postéro-médian produisant une légère empreinte sur le cordon médullaire, ainsi que des remaniements spondylarthrosiques et uncarthrosiques sévères contribuant à rétrécir le canal cervical et les trous de conjugaison. La spécialiste retenait les conclusions suivantes :

« Sténose canalaire modérée et sténose foraminale sévère des deux côtés en C3-C4 sur protrusion discale postéro-médiane légèrement sténosante et remaniements cervic-uncarthrosiques. L'association de ces facteurs peut produire un conflit avec les racines C4 droite et gauche ainsi que les racines sus-jacentes dans leur foramen.  
Sténose canalaire modérée à marquée et sténose foraminale sévère des deux côtés en C4-C5 sur hernie discale postéro-médiane modérément sténosante et remaniements cervic-uncarthrosiques sévères. L'association de ces facteurs peut produire un conflit avec les racines C5 droite et gauche et les racines sus-jacentes dans leur foramen.  
Suspicion de foyer de myélopathie cervicale à la hauteur de C4-C5. »

Le 19 novembre 2018, l'OAI s'est référé à un avis du 1<sup>er</sup> novembre 2018 du Dr F.\_\_\_\_\_, joint en annexe, dont il ressort ce qui suit :

« Au plan iconographique, il existe une modification significative des constats entre 2014 et 2018 au niveau C4-C5 avec l'apparition de signes de compression médullaire.  
Ces signes apparaissent lentement et ils étaient vraisemblablement déjà présents lors du dépôt de la demande le 09.05.2017.

Il convient de rappeler qu'il s'agit là de constatations radiologiques et qu'on ne dispose dans ce dossier d'aucune donnée clinique de la part du MT [médecin traitant] ou d'un éventuel spécialiste en neurologie ou neurochirurgie à qui l'assurée aurait été référée. L'existence d'une anomalie radiologique ne signifie pas *eo ipso* qu'elle engendre des répercussions cliniques et - a fortiori - fonctionnelles.

Dans le cas particulier toutefois, l'apparition de signes de compression médullaire en C4-C5, donc susceptibles d'entraîner une myélopathie cervicale, justifie en bonne pratique médicale que l'assurée soit référée sans tarder à un neurochirurgien.

Au plan assécurologique, en dépit de l'absence de documents médicaux cliniques dignes de ce nom, il convient d'admettre qu'il existe effectivement une atteinte à la santé qui pourrait être incapacitante.

Cette considération ne dispense pas le MT de mettre en route, si cela n'a pas encore été fait, les évaluations cliniques indispensables à la prise en charge appropriée de l'atteinte à la santé de l'assurée. »

## **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours contre la décision du 12 juillet 2018 a été adressé le 17 juillet 2018 à l'intimé, qui l'a transmis à la Cour de céans comme objet de sa compétence, conformément à l'art. 30 LPGA. Ce

recours a donc été interjeté en temps utile (art. 39 al. 2 LPGA). Il respecte par ailleurs les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 9 mai 2017.

**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 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 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.

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). 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).

L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, à savoir l'orientation professionnelle (cf. art. 15 LAI), la formation professionnelle initiale (cf. art. 16 LAI), le reclassement (cf. art. 17 LAI) et l'aide au placement (cf. art. 18 LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C\_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion 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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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).

**4.** En l'espèce, par sa décision du 12 juillet 2018, l'intimé a refusé d'allouer des prestations à la recourante, estimant que rien ne permettait d'identifier, dans les documents au dossier, une atteinte à la santé durablement incapacitante.

**a)** Sur le plan psychique, le médecin généraliste traitant retient, en tant que diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail, ceux de personnalité anxieuse et évitante et de « F33.2 », ce qui correspond à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapport du 12 septembre 2017 du Dr T.\_\_\_\_\_). Or, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1), auquel le médecin traitant n'a pas jugé nécessaire d'adresser - à nouveau - sa patiente, alors même qu'il considère qu'elle présente un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère. Il n'a en outre aucunement décrit ses constatations, étayé ses conclusions ou fait état d'une quelconque incapacité de travail. Il s'est limité à mentionner les deux diagnostics précités et renvoyer, pour le reste, aux documents médicaux qu'il avait joints à son rapport. Toutefois, ceux-ci, établis par des radiologues et un cardiologue, ne concernent pas le plan psychique. Par ailleurs, l'assurée a déclaré avoir consulté une psychiatre pour la dernière fois en 2015 et ne plus prendre d'anti-dépresseurs. Les certificats médicaux qu'elle a fournis de ses anciennes psychiatres concernent uniquement la période du 2

septembre 2013 au 31 mai 2014. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir que la recourante présentait, en 2017, une atteinte incapacitante sur le plan psychique.

**b)** Sur le plan somatique, le médecin traitant a uniquement posé le diagnostic de tendinopathie du sus-épineux bilatérale, laquelle aurait selon lui un effet sur la capacité de travail. Il n'a ici pas non plus détaillé ses observations.

Les documents médicaux qu'il a annexés à son courrier sont principalement des rapports consécutifs à des examens d'imagerie. Leurs auteurs ne se prononcent ni sur la capacité de travail de l'assurée, ni sur d'éventuelles limitations fonctionnelles. Pour le reste, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que le bilan cardiologique était rassurant, avec un excellent pronostic. Quant à l'atteinte au sein gauche, la biopsie effectuée n'a pas révélé de lésion notable. Ainsi, les documents transmis par le Dr T. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de retenir une atteinte invalidante.

Cependant, avec sa réplique, la recourante a produit un rapport du 9 octobre 2018 établi à la suite d'une IRM du rachis cervical effectuée le même jour. Selon la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ; en particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (TF 9C\_269/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2018, le Dr F. \_\_\_\_\_ a expressément relevé que les signes de compression médullaire au niveau C4-C5, mis en évidence par l'IRM de 2018, apparaissaient lentement, et qu'ils étaient vraisemblablement déjà présents lors du dépôt de la demande de prestations - soit à plus forte raison lorsque la décision litigieuse a été rendue. Il convient ainsi de prendre en compte ce rapport. A cet égard, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé, à juste titre, que le dossier ne contenait aucune donnée clinique de la part

du médecin traitant, ni d'un éventuel neurologue ou neurochirurgien auquel l'assurée aurait été adressée. Il a précisé que l'existence d'une anomalie radiologique ne signifiait pas qu'elle engendrait des répercussions cliniques et fonctionnelles, mais il a admis, au vu de l'absence de documents médicaux, qu'il existait effectivement une atteinte à la santé qui pourrait être incapacitante. Force est ainsi de constater, avec le Dr F.\_\_\_\_\_, que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause.

**5. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, 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). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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 ; 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, compte tenu des pièces dont l'OAI disposait au moment de rendre la décision litigieuse, il n'a pas violé le

droit fédéral en rejetant la demande de prestations. Toutefois, le rapport du 9 octobre 2018 que la recourante a produit avec sa réplique a mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan somatique. 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 de l'atteinte à la santé de la recourante mise en évidence par l'IRM réalisée en 2018, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa capacité de travail. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

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 et 55 al. 1 LPA-VD).

**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 12 juillet 2018 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 et nouvelle décision.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- W. \_\_\_\_\_
- 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 :