

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Peter et Perreten, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Patrick Moser, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 17 et 44 LPGA.

E n f a i t :

A. **a)** Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], associée-gérante d'un restaurant, a été opérée le 14 mars 2013 pour une exérèse d'un méningiome clinoidien s'étant manifesté par une baisse de l'acuité visuelle. L'évolution a été favorable, malgré une récupération seulement partielle du champ visuel, des céphalées et une fatigabilité accrue. L'incapacité de travail était totale durant les mois ayant suivi l'intervention (cf. rapport du 11 juillet 2014 du Service médical régional de l'AI ; ci-après : le SMR).

Le 20 novembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

L'intéressée a repris son activité professionnelle à 50 % en mars 2014, puis à 100 % dès juillet 2014.

Par décisions du 21 avril 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2014, puis une demi-rente du 1^{er} juillet 2014 au 30 septembre 2014. La rente était supprimée trois mois après la reprise d'emploi à 100 % en juillet 2014.

En raison de deux épisodes d'amnésie globale transitoire en juin 2015 et février 2016, l'assurée s'est rendue au S._____ du F._____ le 11 juillet 2016 pour une première évaluation, puis le 16 septembre 2016 pour la restitution du bilan cognitif et le 12 décembre 2016 en contrôle. Les Drs P._____ et A._____, médecins au S._____, ont retenu un trouble cognitif léger (attentionnel et mnésique) d'origine probablement thymique et médicamenteuse avec possible composante épileptique (cf. rapport du 19 décembre 2016). Le Dr P._____ a relevé que le profil cognitif observé en 2016 était compatible avec un trouble cognitif léger et qu'au vu de l'origine essentiellement thymique, il ne pouvait pas se déterminer sur un pronostic d'incapacité de travail à long

terme (cf. rapport du 21 février 2017 au Q._____, assureur perte de gain).

Dans l'intervalle, l'assurée a subi un traitement radioneuropsychologique par Gamma Knife pour un petit méningiome résiduel le 14 juillet 2016. Elle a été en arrêt de travail depuis cette date. Par la suite, le 8 août 2016, elle a bénéficié de la mise en place d'un stent pour traiter un anévrisme du siphon carotidien gauche.

b) Le 12 octobre 2016, l'intéressée a déposé une deuxième demande de prestations, en faisant état dudit anévrisme et d'épisodes d'amnésie.

Dans un rapport du 7 décembre 2016, le Dr D._____, ophtalmologue, a relevé une minime neuropathie optique atrophique droite séquellaire de l'opération du méningiome. La patiente présentait également une légère dysfonction du nerf trijumeau du côté droit. Le spécialiste n'avait pas de proposition d'investigation ou de traitement à faire.

Le 21 décembre 2016, le Dr C._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de statut post-résection d'un méningiome clinoidien, de trouble anxio-dépressif, de céphalées chroniques, d'amnésie transitoire globale récurrente, ainsi que de trouble mnésique. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 14 juillet 2016. Une reconversion professionnelle devait être envisagée.

Le 20 janvier 2017, le Dr C._____ a encore retenu le diagnostic de vertiges chroniques, lequel avait une répercussion sur la capacité de travail, et ceux, sans effet sur ladite capacité, de statut post-pose d'un stent sur anévrisme carotidien, d'hypertension artérielle et de dyslipidémie. La patiente présentait une faible tolérance au stress, avec un épuisement physique et psychique précoce. Le Dr C._____ a joint plusieurs documents, notamment un rapport du 16 décembre 2016 de la

Consultation spécialisée d'épileptologie du F._____, posant le diagnostic principal de possible épilepsie symptomatique avec crise focale temporale droite avec troubles de l'état de conscience (amnésie transitoire).

Q._____ a mis en œuvre une expertise psychiatrique, confiée au Dr R._____, psychiatre. Celui-ci s'est entretenu avec l'assurée le 23 mai 2017. Dans un rapport du 24 juin 2017, il a posé le diagnostic de dysthymie, existant depuis 2013. Il n'y avait pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Selon l'expert, si l'intéressée considérait que la charge de stress était trop importante dans son poste actuel, elle pouvait tout à fait exercer la même activité auprès d'un autre employeur. Le Dr R._____ a encore fait état de ce qui suit :

« Actuellement l'état psychique est relativement bien stabilisé. L'arrêt de travail contribue à cette stabilité psychique et dès que Madame Z._____ est soumise à des exigences plus importantes, son état psychique décompense très vite. Son médecin traitant note alors une aggravation des troubles mnésiques, une inaptitude à réaliser des tâches simples, de l'irritabilité et finalement une incapacité à poursuivre son travail. »

Le 26 octobre 2017, le Dr C._____ a informé l'OAI que l'évolution était défavorable, avec le développement d'une impotence marquée et l'aggravation des troubles cognitifs, ayant une répercussion majeure sur son fonctionnement. L'incapacité de travail était totale. Les plaintes principales étaient un état anxieux généralisé, une asthénie profonde, une irritabilité et des céphalées. La patiente se trouvait dans un état d'épuisement continu. Il a joint les documents suivants :

- un rapport établi le 3 août 2017 par le Dr M._____, médecin au Service de radiologie du F._____, selon lequel l'imagerie par résonance magnétique effectuée le jour-même ne mettait en évidence aucune complication ischémique cérébrale. L'examen neurologique réalisé le même jour était en outre normal ;
- un rapport du 30 août 2017 du Dr K._____, neurochirurgien, consécutif à une consultation de suivi à une année du traitement par Gamma Knife, indiquant que l'imagerie cérébrale réalisée mettait en

évidence une poursuite de la diminution de taille du méningiome résiduel clinoidien traité et l'absence de signes de complication post-radique ;

- un rapport établi le 25 octobre 2017 par les Dresses H._____, neurologue, et T._____, médecin assistante au S._____, à la suite d'un bilan neuropsychologique effectué par l'assurée le 6 septembre 2017 avec les psychologues X._____ et G._____, et d'un entretien du 14 septembre 2017 avec les médecins. Les Dresses H._____ et T._____ ont retenu un trouble cognitif majeur (amnésique avec dysfonctionnement exécutif et attentionnel) dans le cadre d'un trouble anxiodépressif, d'une encéphalopathie toxique (opiacés), d'un probable syndrome d'apnées du sommeil et d'une possible épilepsie. Elles ont relevé que le bilan neuropsychologique mettait en évidence, comparativement au bilan effectué en septembre 2016, l'aggravation des difficultés en mémoire épisodique verbale et des difficultés exécutives, avec désormais un possible ralentissement objectivé dans plusieurs tâches et une atteinte en programmation grapho-motrice ; la persistance de difficultés praxiques et de possibles difficultés d'attention divisée ; l'apparition d'une faiblesse en mémoire à court terme et de travail ; l'amendement du manque du nom propre. Elles ont expliqué retenir le diagnostic de trouble cognitif majeur en prenant en considération la répercussion des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne de la patiente. Celle-ci ne gèrait plus les finances depuis un an.

Par un courrier parvenu à l'OAI le 18 décembre 2017, le Dr C._____ a encore transmis les documents suivants :

- un rapport du 26 septembre 2017 des psychologues X._____ et G._____, consécutif à l'examen neuropsychologique réalisé le 6 septembre 2017 par l'assurée. Elles ont relevé les différentes comparaisons avec le bilan effectué en septembre 2016 déjà exposées ci-dessus par les Dresses H._____ et T._____. Elles ont

estimé que devant le peu de répercussions au quotidien de la patiente, le profil cognitif restait compatible avec un trouble neurocognitif mineur, amnésique prédominant et exécutif. L'origine restait à déterminer. La nature des difficultés parlait en faveur d'une origine thymique et toxique. La dynamique du tableau pouvait être due à l'augmentation de la dose de l'antiépileptique, mais une origine neurodégénérative ne pouvait pas être exclue à ce jour, même si l'imagerie de 2016 n'apportait pas d'arguments. La patiente était encouragée à poursuivre les activités qu'elle jugeait plaisantes qui auraient un effet bénéfique sur son moral et son bien-être général, à favoriser des activités sociales et à maintenir une bonne hygiène de vie ;

- un rapport du 30 novembre 2017 établi par la Dresse H. _____ à la suite d'une consultation de suivi du 6 novembre 2017, posant le diagnostic de trouble cognitif majeur (amnésique avec dysfonctionnement exécutif et attentionnel) dans le cadre d'un trouble anxiodépressif, encéphalopathie toxique (opiacés), probable syndrome d'apnées du sommeil et possible épilepsie. Comme diagnostics secondaires, elle a retenu un probable syndrome d'apnées du sommeil, une anxiété généralisée, ainsi qu'un épisode dépressif moyen. Une évaluation psychiatrique, effectuée le 23 octobre 2017, avait mis en évidence une anxiété généralisée et un épisode dépressif moyen.

Dans un rapport du 5 décembre 2017 à l'OAI, le Dr L. _____, ophtalmologue, a posé le diagnostic de diminution du champ visuel à droite depuis décembre 2012. L'acuité visuelle de l'œil droit était actuellement à 0.8. La patiente ne suivait aucun traitement du point de vue ophtalmologique et l'atteinte oculaire ne justifiait pas d'incapacité de travail. Il n'y avait aucune restriction de l'activité normale ou professionnelle. Le Dr L. _____ a joint plusieurs rapports, dont un qu'il avait adressé le 19 novembre 2017 au Dr C. _____, retenant les diagnostics de légère amétropie bilatérale, de forte amputation du champ visuel gauche de l'œil droit et très discrète de l'œil gauche, ainsi que de

légère atrophie optique à droite. Les déficits campimétriques paraissaient stables. Il n'avait pas trouvé d'explications pour les deux épisodes de « vision blanche » de l'œil gauche et avait renoncé à procéder à des examens complémentaires.

Dans un rapport du 10 janvier 2018 au Dr C._____, la Dresse N._____, psychiatre traitante de l'assurée depuis le 2 novembre 2017, a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de trouble anxieux et de trouble cognitif majeur. Les symptômes du syndrome dépressif et anxieux s'étaient installés progressivement à la suite des pathologies somatiques diagnostiquées et traitées entre 2013 et 2016 et avaient entraîné des limitations fonctionnelles sévères au point d'empêcher toute activité professionnelle. Elles limitaient également partiellement la patiente dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. L'incapacité de travail était totale. La Dresse N._____ a confirmé ces diagnostics dans un rapport du 18 janvier 2018 à l'OAI, en ajoutant que la patiente présentait des limitations fonctionnelles d'origine mixte, somatiques et psychiques.

Dans un rapport du 10 janvier 2018 au Q._____, le Dr C._____ a repris les diagnostics posés par la Dresse H._____ et a attesté une incapacité totale de travail pour une durée indéterminée. Il a demandé à ce qu'une nouvelle expertise soit réalisée à l'aune des dernières évaluations effectuées par le S._____, qu'il a annexées.

Le 25 janvier 2018, Q._____ a annoncé à l'assurée qu'au vu des pièces transmises par le Dr C._____, il annulait sa précédente prise de position mettant un terme aux indemnités journalières et allait reprendre le versement de celles-ci.

Par avis médical du 8 mai 2018, le Dr V._____, médecin au SMR, a relevé que le trouble cognitif n'avait que peu de répercussions au quotidien et devrait vraisemblablement s'amender avec une amélioration de la thymie. Les critères n'étaient pas présents pour retenir les diagnostics posés par la psychiatre traitante. Il s'agissait d'une

appréciation différente du même état de fait décrit par l'expert R._____. L'aggravation annoncée depuis lors sous la forme d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil n'était a priori pas relevante. Comme indiqué par l'expert, la capacité de travail demeurait entière dans toute activité.

Par projet de décision du 22 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a expliqué qu'il n'y avait aucune modification de l'état de santé ayant une incidence sur la capacité de travail retenue dans sa dernière décision.

Le 22 juin 2018, l'assurée, désormais représentée par Me Patrick Moser, a contesté cette décision, en alléguant en substance que les rapports des Drs C.____ et N.____, ainsi que des médecins du S.____, avaient clairement mis en exergue une péjoration de son état de santé.

Par avis médical du 24 juillet 2018, le Dr V.____ a relevé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux lui permettant de modifier sa position.

Par décision du 30 juillet 2018, l'OAI a confirmé le refus de rente. Dans un courrier d'accompagnement, il a exposé que la contestation n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 12 septembre 2018, Z.____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et principalement à la réforme de dite décision avec l'octroi de prestations correspondant à la diminution de sa capacité de travail en fonction des conclusions des nouveaux rapports médicaux et expertise. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Répétant les arguments développés dans son courrier d'opposition, elle a ajouté que l'assureur perte de gain

avait repris rétroactivement le versement de ses prestations. Elle a joint un courrier adressé par Q. _____ à son conseil, informant que le rapport du 10 janvier 2018 du Dr C. _____ avait apporté les précisions nécessaires au médecin-conseil pour permettre de reprendre le versement des indemnités journalières rétroactivement.

Dans sa réponse du 15 novembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours, en soutenant que l'assurée présentait une appréciation différente des documents au dossier. Il s'est référé à un avis du 8 novembre 2018 du Dr V. _____, joint en annexe, lequel relevait que bien qu'un trouble cognitif majeur était évoqué en lien avec des mentions d'aggravations pour la plupart que « possiblement objectivées », le rapport d'examen neuropsychologique du 6 septembre 2017 concluait à un profil cognitif restant compatible avec un trouble neurocognitif mineur, avec peu de répercussions au quotidien. Il semblait dépendre fortement du contexte thymique, sans arguments pour une origine neurodégénérative. Il pouvait vraisemblablement être amélioré par la poursuite d'activités favorables au bien-être général et par une bonne hygiène de vie.

Les 11 et 28 février 2019, les parties ont maintenu leur position.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). 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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 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).

b) 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).

c) Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande déposée le 12 octobre 2016.

3. a) 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).

b) Lorsque la rente a été refusée – en l'occurrence, supprimée – 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.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain

ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

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 LPG), 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, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 12 octobre 2016 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si l'état de santé de cette dernière s'est modifié depuis les décisions du 21 avril 2015, par lesquelles l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2014, puis une demi-rente jusqu'au 30 septembre 2014, dans une mesure propre à justifier l'octroi de nouvelles prestations.

La diminution, puis la suppression de la rente au 30 septembre 2014 était fondée sur la reprise par l'assurée de son emploi habituel à un taux de 50 %, puis à 100 % dès juillet 2014. Celle-ci soutient que son état de santé s'est péjoré depuis et qu'elle présente une incapacité totale de travail depuis le 14 juillet 2016, telle qu'attestée par le Dr C._____, ce que conteste l'intimé.

a) Sur le plan somatique, les pièces médicales ne font pas ressortir l'existence d'une péjoration de l'atteinte ophtalmique existant au stade de la première décision. Même si le Dr L._____ a retenu que l'acuité visuelle de l'œil droit était - toujours - réduite, il a relevé que l'atteinte oculaire ne justifiait pas d'incapacité de travail, ni de restriction de l'activité quotidienne ou professionnelle (cf. rapport du 5 décembre 2017). Par ailleurs, les examens de contrôle relatifs au traitement du méningiome clinoidien résiduel sont rassurants et démontrent l'absence de complication post-radique (cf. rapport du 30 août 2017 du Dr K._____). Enfin, les éléments figurant au dossier ne mettent pas en évidence une nouvelle atteinte physique à l'origine d'une aggravation de l'état de santé. Les examens neurologiques se sont en effet révélés sans particularité (cf. rapport du 3 août 2017 du Dr M._____) et les suspicions

d'épilepsie et de syndrome d'apnées du sommeil ne sont pas confirmées à ce stade. Le Dr C. _____ n'a pas fait état de nouvelle atteinte somatique.

b) L'assurée a effectué, au S. _____, un bilan neuropsychologique le 6 septembre 2017 avec les psychologues X. _____ et G. _____, puis s'est entretenue avec les Dresses T. _____ et H. _____ le 14 septembre 2017. Dans leur rapport du 25 octobre 2017, les Dresses T. _____ et H. _____ ont retenu un trouble cognitif majeur, avec une aggravation par rapport au bilan réalisé en septembre 2016. Elles ont motivé le diagnostic de trouble cognitif majeur par la prise en considération des répercussions des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne de l'assurée. Dans son rapport du 30 novembre 2017, la Dresse H. _____ a répété ce diagnostic et a confirmé une péjoration depuis 2016. Toutefois, le SMR, et par lui l'OAI, se fonde sur le rapport du 26 septembre 2017 des psychologues X. _____ et G. _____, lesquelles constatent une aggravation mais considèrent qu'au vu du peu de répercussions au quotidien de la patiente, le trouble est mineur, contrairement aux médecins. Or, l'appréciation de l'état de santé est sensiblement différente selon que le trouble cognitif est qualifié de majeur ou de mineur. Il existe ainsi une contradiction entre les appréciations des médecins et des psychologues pour un même état de fait médical, laquelle devait être levée par l'OAI.

L'expertise du 24 juin 2017 du Dr R. _____ ne permet pas d'éclaircir la situation. En effet, le spécialiste s'est entretenu avec la recourante le 23 mai 2017, soit avant le bilan neuropsychologique réalisé en septembre 2017 concluant à une aggravation des troubles. En outre, au moment de rédiger son rapport, le Dr R. _____ ne disposait pas des documents médicaux en lien avec ce bilan, mais uniquement de ceux concernant celui effectué en 2016, lesquels retenaient un trouble cognitif seulement léger (cf. rapports des 19 décembre 2016 et 21 février 2017). Par ailleurs, l'expert retient un état psychique relativement bien stabilisé à la date de son examen, relève que l'arrêt de travail contribue à cette stabilité et ajoute que dès que l'assurée est soumise à des exigences plus importantes, son état de santé psychique se décompense très vite (cf. p.

13). L'expertise n'est pas très explicite sur ce point. Il n'est pas clair s'il s'agit d'un constat propre de l'expert ou d'une reprise des observations du médecin traitant. Quoi qu'il en soit, à l'époque de l'expertise, l'assurée était en arrêt de travail, soit dans des conditions propices à une stabilisation de son état de santé psychique et, ainsi, au constat d'une pleine capacité de travail. Or, l'expert ne discute pas des conséquences sur l'état psychique de l'intéressée de la reprise de son activité professionnelle ou d'une autre activité. Il suggère simplement qu'elle travaille ailleurs si elle est stressée dans son emploi actuel, sans analyser si un autre choix professionnel empêcherait une décompensation.

Le diagnostic d'épisode dépressif est posé à titre secondaire par les Dresses H._____ et T._____, et principal par la Dresse N._____, psychiatre suivant l'assurée depuis novembre 2017. Ce diagnostic n'avait pas été retenu par l'expert, lequel privilégiait celui de dysthymie sur la base du dossier médical en sa possession et de son examen. Une aggravation du trouble psychique, parallèle à celui du trouble cognitif, n'est a priori pas exclue dans la mesure où les deux atteintes paraissent interdépendantes.

Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - 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 mette en œuvre une expertise psychiatrique avec un examen neuropsychologique, au sens de l'art. 44 LPGA. Demeure ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale en fonction de l'évolution de l'état de santé somatique de l'assurée depuis la décision litigieuse.

6. a) En conclusion, 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris, supportés par l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 30 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 au 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Patrick Moser (pour Z._____)
- 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 :