

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2012

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Rossier et M. Perdrix, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

W._____, à Vevey, recourante, représentée par CAP Protection juridique,
à Lausanne,

et

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

Art. 87 al. 3 et 4 RAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 2 janvier 1971, mariée et mère de trois garçons de 18, 14 et 5 ans, a déposé une première demande de prestations le 3 octobre 2008 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

Femme de ménage à temps partiel (20-25 %) auprès d'une entreprise genevoise, elle est en incapacité totale de travail depuis le 3 octobre 2007. Elle est suivie par le Dr A._____, médecin traitant généraliste depuis 2004.

Le 30 novembre 2007, dans un courrier au médecin-conseil de N._____ (ci-après: N._____), assureur maladie perte de gain, le Dr A._____ atteste d'une incapacité de travail totale en raison d'un état dépressif profond, ne pouvant émettre un pronostic de reprise. L'assurée est adressée une première fois le 23 octobre 2007 au Dr L._____, neurologue FMH, en raison de céphalées et douleurs du rachis, ainsi que de pertes de connaissance ponctuelles. A l'issue de son examen, tout en concluant à l'absence d'éléments suspects d'une activité épileptogène, il relève un état anxio-dépressif beaucoup plus important qu'il n'y paraît en cours d'examen, avec des douleurs de crispation musculaire, nucho-crânienne et du rachis, une hypotension orthostatique, ainsi qu'un sommeil de mauvaise qualité. Il conseille une anxiolyse plus efficace que ce qu'elle reçoit actuellement, un inducteur de sommeil et une prévention d'hypotension orthostatique. Il relève la nécessité d'une prise en charge psychiatrique et prolonge l'arrêt de travail au-delà du 26 octobre.

Interpellé par le médecin-conseil de N._____, le Dr L._____ relève dans un rapport du 9 avril 2008, une situation pratiquement superposable sur le plan des plaintes et de l'examen clinique à celui pratiqué le 23 octobre 2007. Il admet un état anxio-dépressif prépondérant aux douleurs vertébrales, atteste d'une totale incapacité de travail, au moins jusque dans la deuxième moitié de 2008, en raison des

empêchements familiaux et de son état anxio-dépressif. Enfin, il recommande la mise sur pied d'une expertise psychiatrique pour disposer d'un pronostic plus précis qui reste sombre en l'état actuel des choses.

Hospitalisée du 9 août au 12 septembre 2008, en raison d'une hystérectomie vaginale et d'une laparoscopie diagnostique, le Dr E._____, spécialiste FMH en gynécologie obstétrique atteste toujours d'une incapacité totale de travail le 29 octobre 2008.

Compte tenu des différentes informations médicales données par les médecins traitants, l'OAI confie à son Service médical régional (ci-après: SMR) la réalisation d'un examen clinique psychiatrique, réalisé le 14 janvier 2009 par le Dr Y._____, psychiatre FMH, qui pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans répercussion sur la capacité de travail, considérant que sur le plan psychiatrique l'assurée ne subit aucune limitation fonctionnelle et attestant d'une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée depuis toujours.

Dans le formulaire 531 bis complété par la recourante le 27 octobre 2008, cette dernière indique qu'en bonne santé elle travaillerait comme aide-soignante à 50 %, par nécessité financière. Le rapport d'évaluation du 20 octobre 2008 évoque pour sa part un statut de 100 % active, lorsqu'elle travaillait comme aide-infirmière au home F._____ à [...].

Dans le questionnaire complété le 30 décembre 2008 par l'employeur, I._____ SA à [...], il est fait état d'un salaire annuel 2008 de 6'512 fr. 45, correspondant à dix heures de travail par semaine depuis le 1^{er} mai 2005, soit un taux de 20-25 %.

Par projet de décision du 12 novembre 2009, l'OAI, a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée. Se fondant sur l'examen clinique du SMR, l'OAI a considéré qu'elle ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante permettant de justifier une diminution durable de sa capacité de travail, cet examen n'ayant permis de relever aucun symptôme d'ordre psychiatrique susceptible d'induire un fonctionnement

pathologique, ni de critères pour un trouble de la personnalité décompensé.

Par l'intermédiaire de CAP compagnie d'assurance de protection juridique SA, la recourante a réclamé copie du dossier sans rédiger d'observations.

B. Par décision du 11 janvier 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations. Cette décision est devenue définitive et exécutoire, faute de recours.

L'assurée, le 30 juillet 2010, a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes auprès de l'OAI.

Le 5 août 2010, l'office a informé l'assurée que sa nouvelle demande ne serait examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits et qu'il lui appartenait de fournir les éléments rendant vraisemblable une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par projet de décision du 28 octobre 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière, dans la mesure où la recourante n'avait pas rendu vraisemblable la modification de son état de santé.

Le 10 novembre 2010 le Dr A. _____ a évoqué des céphalées persistantes, des vertiges sans perte de connaissance avec chute, sans origine décelée actuellement, une symptomatologie douloureuse abdominale inférieure très marquée, interdisant tout rapport chez une patiente de moins de 40 ans et un suivi régulier par la Dresse V. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie en raison d'un état anxio-dépressif difficile à influencer.

Il indiquait en outre:

"Malgré mes efforts et ceux de mes confrères, malgré ceux de la patiente qui s'est soumise au traitement proposé aux investigations spécialisées demandées, la situation n'a malheureusement pas évolué et, en rencontrant la patiente, il est évident qu'elle n'est pas capable d'assumer d'activité professionnelle, la tenue du ménage

étant déjà problématique. Que ce soit en raison de céphalées permanentes, en raison d'un état dépressif fortement lié à la non évolution de la symptomatologie malgré tous les essais de traitement, de douleurs scapulaires et dorsales et, surtout de douleurs persistantes abdominales liées à la constitution d'un status adhérentiel abdominal important depuis l'hystérectomie de 2008, que ce soit encore en raison d'un état dépressif secondaire marqué, les possibilités de travail de Mme W._____ demeurent nulles. Je vois mal aussi quelle formation pourrait lui être proposée compte tenu des céphalées chroniques.

Je penserais justifié d'organiser une expertise dans un COMAI [Centre d'observation médicale de l'AI] pour mieux cerner encore les éléments qui vous sont nécessaires pour prendre votre décision...."

Dans un avis du 2 décembre 2010, le SMR a préavisé pour un complément d'instruction sous la forme d'une demande de rapport médical au Dr T._____, gastroentérologue et à la Dresse V._____, psychiatre.

La Dresse V._____ a répondu dans un courrier du 21 janvier 2011, que la patiente ne voyant pas l'intérêt d'une prise en charge psychiatrique s'était présentée de manière irrégulière aux rendez-vous, restant méfiante et sur la défensive, entrant à peine en matière sur un état anxio-dépressif ancien remontant à 1992. Ce médecin attestait d'une situation familiale et socio-économique difficile et indiquait que sa patiente s'était fermée de plus en plus pour finalement interrompre son traitement sans l'en informer. Elle attestait de l'impossibilité pour l'assurée de reprendre une activité professionnelle ou s'engager dans des mesures de réadaptation tout en indiquant qu'une évaluation par expertise par un médecin neutre devait être mise en place.

Dans un bref avis du 14 mars 2011, le Dr T._____, spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie FMH, ainsi qu'en médecine interne FMH, confirmait que les douleurs abdominales de sa patiente n'entraînaient pas d'incapacité de travail, cette dernière étant à mettre en relation avec un syndrome anxio-dépressif.

Le 25 mars 2011, les Drs M._____ et X._____ du SMR, se référant aux rapports médicaux précités, arrivaient à la conclusion qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée depuis l'examen SMR du Dr Y._____ du 14 janvier 2009. Selon eux, il

s'agissait plus d'une demande sociale que médicale, les plaintes n'ayant aucun caractère incapacitant sur le plan somatique, de sorte que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

Dans un projet de décision du 8 avril 2011, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations au motif que les troubles dont la recourante faisait état n'étaient pas de nature à objectiver une diminution durable de sa capacité de travail. L'office indiquait en particulier:

"De ces récentes investigations, il ressort que vous n'avez pas donné suite au suivi psychiatrique qui vous était proposé et y avez mis un terme de votre propre chef. Du point de vue somatique, rien ne permet de mettre en évidence des limitations fonctionnelles qui puissent justifier une incapacité de travail."

Le Dr A. _____ a réagi par courrier du 4 mai 2011, en indiquant que lors d'une consultation récente il avait constaté une situation misérable de sa patiente sous forme d'insomnies tenaces, de céphalées permanentes, d'un état dépressif profond confinant au mutisme. Il évoquait une prochaine hospitalisation à la Clinique de H. _____ pour un bilan.

Le 18 mai 2011, l'OAI a rendu une décision rejetant la nouvelle demande de prestations.

C. Par acte du 20 juin 2011, CAP assurance de protection juridique a recouru contre cette décision, au motif que l'office intimé n'avait pas correctement instruit la demande, en particulier en renonçant à interroger les médecins de la clinique de H. _____. Elle concluait à l'admission du recours et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction.

Dans sa réponse du 13 septembre 2011, l'intimé a proposé le rejet du recours et maintien de la décision querellée, au motif qu'une première décision de refus de prestations avait été rendue sur la base d'un examen clinique psychiatrique effectué par le SMR, cette décision étant devenue définitive et exécutoire. Depuis lors, il n'existait aucun indice concret d'aggravation de la situation sur le plan psychiatrique

raison pour laquelle il n'avait procédé à aucune instruction complémentaire.

En annexe à sa réplique du 14 octobre 2011, la recourante a produit un rapport médical du 5 juillet 2011 de la clinique de H._____, attestant d'un état dépressif massif et chronifié, associé à un important repli social. Elle confirmait dès lors les conclusions de son recours.

Ce rapport médical évoquait en outre des résistances vis-à-vis de son traitement hospitalier, une attitude peu coopérante et l'impression d'un intense sentiment d'impuissance. Restant en chambre la majorité du temps, elle n'a entretenu que très peu de relations avec les soignants ainsi qu'avec les autres patients de l'hôpital. Comprenant que toute tentative d'instaurer un suivi psychiatrique s'était heurtée jusqu'à présent à un échec, les médecins de la clinique ont discuté de l'importance d'aménager un espace thérapeutique de deux jours et mis en place un tel traitement auprès de la Dresse J._____.

Le SMR, le 14 novembre 2011, a admis que dit rapport jetait un doute sur l'absence de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant et l'absence d'aggravation de l'état de santé retenu dans la décision attaquée. Il a attesté de la nécessité de poursuivre l'instruction pour apprécier l'évolution de l'état santé psychique de l'assurée depuis l'instauration d'une prise en charge psychiatrique spécifique, proposant qu'un rapport médical soit demandé à la Dresse J._____ à [...].

Se ralliant à cette analyse, l'intimé, par courrier du 21 novembre 2011, a proposé d'interroger ce médecin.

Suite à l'interpellation de la juge instructeur, la Dresse J._____ dans un rapport médical du 15 mars 2012 a indiqué que l'assurée présentait une humeur très abaissée, des idées noires, des ruminations anxieuses permanentes, des angoisses, un repli social total, une anhédonie, des troubles du sommeil (insomnies, réveil itératifs, cauchemars) ainsi qu'une fatigue intense. Elle a noté comme diagnostic ayant effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent,

épisode actuel sévère (F33.2) depuis 1991, ainsi qu'un trouble de la personnalité mixte (F61.0) depuis 1991. Elle a indiqué n'avoir pu constater une aggravation, dans la mesure où elle ne suivait la patiente que depuis août 2011, tout en admettant que l'anamnèse et les informations obtenues auprès du Dr A._____ lui permettait d'évoquer une accentuation des symptômes dépressifs, notamment de la fatigue et un retentissement fonctionnel plus marqué. Elle a relevé que sa patiente n'arrivait plus à assurer les tâches ménagères de base et peinait à s'occuper de son fils de 5 ans.

Les parties ont déposé leurs déterminations respectives. La recourante, dans un courrier du 11 mai 2012, a modifié ses conclusions en réclamant, à titre principal à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité et à titre subsidiaire le renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. L'office AI pour sa part, dans ses déterminations du 10 mai 2012 s'est rallié à l'analyse du 24 avril 2012 des Drs S._____ et X._____ du SMR et proposé la mise en place d'une expertise psychiatrique. Le SMR considérait, en effet que la Dresse J._____ avait apporté des éléments permettant d'admettre une aggravation de l'état de santé sans que son rapport ne permette toutefois d'en déterminer la date précise.

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) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité. Suite au dépôt d'une nouvelle demande le 30 juillet 2010, l'OAI est entré en matière sur le fond, tout en refusant l'octroi de prestations, au motif de l'absence d'aggravation significative de l'état de santé depuis sa décision non contestée du 11 janvier 2010. La requérante reproche, principalement, à l'intimé d'avoir instruit le dossier de manière incomplète. A cet égard, le rapport médical de la Dresse J. _____ du 15 mars 2012, requis en cours d'instruction, a convaincu l'Office de la nécessité de mettre sur pied une expertise psychiatrique, afin de déterminer de manière plus précise, l'évolution de l'état de santé depuis janvier 2010, ainsi que la date de l'aggravation pouvant éventuellement donner lieu à des prestations d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer

si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). L'autorité procède alors de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon cette disposition, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain est définie par l'art. 7 al. 1 LPGA comme la 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en considération pour juger de la présence d'une incapacité de gain et cette dernière n'existe que si elle n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leur travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). S'agissant de la rente, l'assuré y a droit, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a

présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % (let. c).

c) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste ainsi à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

d) Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande et a, de ce fait, admis la vraisemblance de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il lui appartient en conséquence d'examiner dans quelle mesure celui-ci s'est détérioré entre la décision incontestée du 11 janvier 2010 et celle du 18 mai 2011 et comment il a influencé ses droits.

Il ressort des rapports médicaux figurant au dossier que la problématique, dont découle l'incapacité de travail évoquée par les médecins traitants, se situe essentiellement sur le plan psychiatrique. En revanche, ces rapports ne permettent pas d'évaluer à satisfaction dans quelle mesure l'aggravation de l'état de santé de l'assurée a influencé ses droits, pas plus qu'ils ne permettent d'établir le moment de cette aggravation. En effet, si les médecins traitants, les Drs A._____ et V._____ évoquent tous deux une totale incapacité de travail, leurs rapports restent relativement succincts à cet égard et muets s'agissant de la date de cette aggravation, que ce soit celui de la psychiatre spécialiste ou du médecin généraliste. Leur évaluation de la capacité de travail (0%) est en revanche confirmée par le rapport médical de la Dresse J._____ requis par la juge instructeur en cours d'instance qui ne permet toutefois pas non plus d'établir à satisfaction le point de départ de l'aggravation et

l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée pendant la période concernée.

Force est dès lors de constater que l'instruction du dossier est incomplète du point de vue médical et qu'il subsiste suffisamment de doute sur la question litigieuse pour que la Cour ne soit pas en mesure de trancher le litige. C'est ce qu'a admis l'OAI, suivant en cela les médecins du SMR, en proposant la mise en place d'une expertise, en l'occurrence psychiatrique, à l'instar de ce qu'avaient déjà évoqué les Drs A. _____ et V. _____, dans leur rapport respectif du 10 novembre 2010 et 21 janvier 2011.

4. a) Aux termes de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_ 364/2007 du 19 novembre 2007, consid.3). Dans la mesure où l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des

éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément d'instruction (ATF 132 V 93).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

c) En l'espèce, comme l'a admis l'OAI, l'assurée a rendu vraisemblable la dégradation de son état de santé. Il n'est en revanche pas possible d'en déterminer clairement les conséquences du point de vue des droits qu'elle pourrait en tirer, ni le moment où cette aggravation a eu lieu. Ainsi qu'il en a lui-même convenu, la documentation médicale sur laquelle il s'est fondé pour rendre sa décision n'est, à cet égard, pas complète.

De surcroît, ayant dans un premier temps considéré que les troubles dont l'assurée avait fait état ne permettaient pas d'objectiver une diminution durable de sa capacité de travail, et ayant de ce fait refusé toutes prestations de l'assurance-invalidité, l'Office n'a procédé à aucune instruction relative aux revenus avec et sans invalidité, ni même instruit sur le statut de l'assurée (part active et ménagère) à prendre en considération.

Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Le Tribunal fédéral a récemment indiqué dans sa jurisprudence qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agissait de trancher une question qui n'avait jusqu'alors fait

l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agissait d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction. A cet égard, il conviendra de mettre sur pied une expertise psychiatrique auprès d'un médecin indépendant, conformément à l'article 44 LPGA, et cas échéant instruire pour déterminer le statut de l'assurée (part active et ménagère) et établir le taux d'invalidité.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée du 18 mai 2011 annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise psychiatrique conforme à l'article 44 LPGA.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 francs.

c) Obtenant gain de cause, la recourante, par ailleurs représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 1'500 fr. à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 18 mai 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais de justice à hauteur de 500 fr. (cinq 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 W._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- CAP Protection juridique, à Lausanne (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :