

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 novembre 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, titulaire d'un CFC d'employée de bureau et d'un diplôme d'éducatrice de la petite enfance, mère de deux enfants nés en [...] et [...], divorcée, a vécu de 2000 à 2007 en [...], puis de 2007 à 2015 en [...], année durant laquelle elle est revenue s'installer en Suisse.

Elle a déposé le 26 avril 2017 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), faisant suite à une demande de détection précoce dans laquelle elle indiquait être en incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2007, en raison de « déficit trombinique et désorganisation hormonale ».

Selon l'extrait de son compte individuel AVS, l'assurée avait travaillé de 1989 à 2000 en Suisse.

A la requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr R. _____, médecin traitant de l'assurée, lui a fait savoir, le 10 juillet 2017, ne l'avoir vue qu'à quatre reprises à sa consultation, la dernière fois en novembre 2016, « sans plaintes spontanées autre que celles avancées pour des affections intercurrentes banales ». Il a posé les diagnostics de déficit en antithrombine 3 (hypercoagulabilité) et status post thrombose veineuse profonde (TVP) fémoro-poplitée gauche en 1998 avec syndrome pré-thrombotique, d'hypertension artérielle, d'ovaires polykystiques et hirsutisme, d'obésité et de rhinite et asthme aux poussières et graminées. Il relevait ne pas avoir l'impression d'un retentissement important sur l'état de santé de l'assurée, qui demeurait en mesure d'exercer de façon régulière des travaux mi-lourds et légers.

Sur le formulaire relatif aux périodes d'assurance accomplies dans un pays de l'UE qu'elle a complété le 6 novembre 2017, l'assurée a indiqué avoir éduqué ses enfants de 2000 à 2007, avoir été en formation de 2008 à 2009 et au chômage de juillet 2009 à juillet 2013, puis a précisé

« RSA/socle cause maladie » pour la période de juillet 2013 à décembre 2015.

L'assurée a été adressée en mars 2018 au service d'endocrinologie du T. _____ par la Dre J. _____, médecin généraliste consultée à la suite du Dr R. _____. La Dre J. _____ a cependant informé l'assurée, dans un courrier du 15 novembre 2018, qu'au vu des reproches que celle-ci avait formulés à son encontre, elle ne se chargerait pas de son suivi.

Dans son rapport du 21 janvier 2019 à l'attention de la Dre J. _____, la Dre N. _____, Cheffe de clinique adjointe au Service d'endocrinologie du T. _____, a résumé la situation médicale de la patiente et posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

- Probable syndrome des ovaires polykystiques, avec :
 - o Règles régulières
 - o Hyperandrogénie clinique
 - o Echographie ovarienne demandée
 - o Actuellement : contre-indication à un traitement par pilule, introduction d'un traitement de metformine et spironolactone

- Syndrome métabolique avec :
 - o Obésité de classe III selon l'OMS (BMI à 40.8 kg/m²)
 - o Dyslipidémie
 - o Hypertension artérielle
 - o Hyperinsulinémie (absence de diabète ou intolérance au glucose à l'OGTT du 14.06.2018)

Antécédents et comorbidités

- Thrombophilie avec déficit en antithrombine III :
 - o Antécédent de thrombose veineuse profonde et de thrombose veineuse superficielle des membres inférieurs »

Dans son rapport du 4 mars 2019, la Dre D. _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique au service de gynécologie du T. _____, a relevé en particulier ce qui suit :

« **Diagnostics - Antécédents - Interventions**

Madame O. _____ est suivie actuellement aussi par le Service d'endocrinologie du T. _____ en raison d'un hyperandrogénisme clinique avec hirsutisme et hyperinsulinisme et un traitement par

Spironolactone et Metformine est en cours. Les investigations effectuées à l'époque avaient pu écarter un syndrome de Cushing, une anomalie thyroïdienne, un diabète et un syndrome d'apnée du sommeil.

Elle est également traitée pour une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie.

Elle présente comme antécédents une thrombose veineuse profonde du MIG sur un déficit en antithrombine III.

Les contrôles annuels sont à jour avec un dernier frottis cervical effectué en 2018 à la polyclinique du T._____. Elle a comme antécédents obstétricaux un accouchement par voie basse en 2001, une césarienne en 2004 avec ligature des trompes et 3 fausses couches et une grossesse extra-utérine. Un curetage en raison de métrorragies a été effectué en 2018.

Madame O._____ présente actuellement des cycles réguliers de 28 jours, avec une durée des saignements de 3 jours, d'intensité moyenne, marqués par une dysménorrhée primaire durant les premiers jours des règles, qui peut malheureusement être difficilement calmée, à cause du choix réduit d'antalgiques, dû au contexte des co-morbidités.

En plus Madame O._____ est de plus en plus gênée, par plusieurs symptômes qui apparaissent dans la deuxième partie du cycle, comme des céphalées, sudations, fatigue, anxiété, dépression et œdèmes, et qui invalident la patiente dans son activité quotidienne, raison de sa consultation dans notre Service. Elle n'est pas gênée par des bouffées de chaleur et ne constate pas d'autres signes d'hypoœstrogénisme. Son bilan hormonal ne montre pas d'insuffisance ovarienne débutante ni de perturbation de la prolactine ou de la fonction thyroïdienne.

Conclusion, traitement et évolution

Nous avons diagnostiqué, un syndrome prémenstruel, très invalidant pour la patiente. Malheureusement, au vu de ses antécédents de thrombophilie, nos options thérapeutiques sont limitées, ne pouvant pas faire recours à un traitement par œstrogènes.

Dans ce contexte, nous avons proposé à la patiente un traitement par un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et avons débuté par Cialopram 10 mg, 1x/jours dans la phase lutéale, J14-J28.

Nous avons revu la patiente avec une bonne amélioration des symptômes prémenstruels et lui avons proposé de continuer ce traitement et de se orienter vers une thérapie cognitivo-comportementale, qui a montré de bons résultats dans le cadre du syndrome prémenstruel. »

A la demande de l'OAI, la Dre N._____ lui a fait savoir le 3 mai 2019 qu'elle avait vu l'assurée du 19 juin 2018 au 18 janvier 2019, date du dernier contrôle, et qu'elle la reverrait aux six mois. Elle a précisé n'avoir attesté d'aucune incapacité de travail. Relevant que la patiente se

plaignait de fatigue, d'intolérance digestive à plusieurs aliments et médicaments et d'hirsutisme en augmentation progressive, elle a posé les diagnostics de syndromes d'ovaires polykystiques, de syndrome métabolique avec obésité, hypertension artérielle et dyslipidémie, ainsi que de thrombophilie. La Dre N._____ considérait que la capacité de travail était de 100 % par rapport à son domaine de compétence et mentionnait, s'agissant des limitations fonctionnelles, « effort physique limité par son obésité ».

Le 10 janvier 2020, l'assurée a fait savoir à l'OAI que son médecin traitant était désormais la Dre H._____.

Lors de sa permanence du 4 juin 2020, le Service médical régional AI (SMR) a conclu comme suit : « Pas d'incapacité. Pas de pathologie durablement incapacitante. »

Par projet de décision du 22 juin 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit aux prestations, au motif qu'après examen minutieux des pièces médicales portées au dossier, elle ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité, si bien que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

L'assurée a contesté cette prise de position le 14 juillet 2020, sollicitant un rendez-vous. L'OAI lui a alors imparti un délai pour compléter son écriture.

Désormais représentée par Procap, l'assurée a fait valoir le 22 septembre 2020 qu'elle avait exercé l'activité d'éducatrice de la petite enfance de 1994 à 2007, année depuis laquelle elle était sans activité lucrative pour des raisons de santé. Depuis 2015 et son retour en Suisse, elle émergeait à l'aide sociale. Elle s'est référée aux rapports des Dres N._____ et D._____ des 21 janvier et 4 mars 2019, et a en outre produit un rapport établi le 1^{er} septembre 2020 par sa nouvelle médecin traitante, la Dre H._____, dont il ressort en particulier ce qui suit :

« Madame O. _____ présente donc un trouble hormonal connu de longue date et extrêmement invalidant. Sa maman et sa sœur souffrent du même diagnostic. En effet, de manière cyclique, elle présente des céphalées, des sudations marquées, des nausées, des acouphènes et encore, associées à tout cela, de l'anxiété.

Pour ce problème endocrinologique, Madame est suivie au T. _____ dans le service d'endocrinologie, mais malheureusement, il n'y a pas de traitement spécifique, notamment hormonal, en raison de son antécédent de thrombose veineuse profonde lié à ce déficit d'antithrombine III. Madame s'est vue prescrire de la spironolactone et un anti-dépresseur avec un effet plutôt léger.

Ma patiente est également traitée pour une hypertension, avec un traitement de lercanidipin et nebivolol, engendrant parfois des épisodes d'hypotensions et donc de malaise.

Les sinusites chroniques péjorent régulièrement les céphalées déjà présentes en raison de ses troubles endocriniens et encore, des allergies saisonnières se surajoutent, de mêmes que les effets secondaires des médicaments.

Actuellement, Madame O. _____ est en lutte permanente contre ces céphalées, sudations importantes et fatigue extrême.

Elle présente également de manière récidivante des douleurs lombaires, des genoux, des chevilles, sans origine claire laissant suspecter un possible syndrome fibromyalgique ou syndrome de fatigue chronique.

A noter dans ce contexte, son BMI élevé n'aide pas et il est également difficile d'augmenter l'activité physique pour agir contre cela. Des consultations diététiques ont eu lieu dans le cadre de son suivi au T. _____.

Dans son quotidien, chaque activité est devenue compliquée comme le ménage, les courses, la marche. Elle se force à sortir son chien chaque jour mais selon les jours, elle n'arrive à faire qu'une toute petite promenade. Elle gère son agenda de telle manière à n'avoir qu'un ou deux rendez-vous par semaine.

En été, la chaleur est très mal supportée, ce qui ralentit encore les activités de Madame.

D'un point de vue social, elle voit très peu de monde. Elle s'occupe de ses deux garçons qui sont actuellement en apprentissage mais n'a pas d'autre activité, pas de loisir, en raison de ses symptômes.

Les répercussions psychiques de tout cela sont grandes. Elle n'est pas apte au travail, mais n'est pas reconnue dans ce sens. Elle peine à trouver un sens à ses jours, autre que celui de s'occuper de ses garçons mais qui grandissent.

(...)

En conclusion, Madame O. _____ présente de nombreux symptômes pour lesquels la médecine traditionnelle ne trouve pas de traitement franchement efficace, en partie à cause de ses antécédents. Le quotidien de Madame est très difficile, elle est en lutte permanente pour chaque activité de la vie quotidienne. Une

reprise d'activité professionnelle entraînerait énormément d'absentéisme, d'angoisses et se terminerait probablement mal. Cela sans compter que madame n'a plus travaillé en milieu professionnel depuis vingt ans. »

Ce dernier rapport a été soumis à la permanence SMR du 8 octobre 2020. Celle-ci a conclu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles précisément décrites, que les atteintes mentionnées dans le rapport de la Dre H. _____ n'étaient pas durablement incapacitantes et qu'il n'y avait pas, au niveau médical, d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la position du SMR.

Par décision du 26 novembre 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier du même jour, il a précisé que l'ensemble des pièces médicales versées au dossier avaient été soumises au SMR, lequel avait nié le caractère durablement incapacitant des atteintes de l'assurée. Les rapports médicaux des spécialistes ayant suivi celle-ci, dûment motivés et fondés sur la base d'éléments objectifs, n'étaient pas de telles atteintes. En outre, le rapport de la Dre H. _____ du 1^{er} juillet 2020 n'apportait aucun élément nouveau ou qui n'avait pas déjà été pris en compte dans le cadre de l'examen. Les différentes pièces médicales au dossier étant suffisantes pour se déterminer, une expertise bidisciplinaire n'était pas indispensable.

B. Par acte du 12 janvier 2021, toujours représentée par Procap, O. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En substance, elle fait valoir que l'intimé s'est limité à l'avis du SMR, sans l'examiner, alors que les avis du SMR ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles pour se voir accorder valeur probante. Elle se prévaut en particulier du rapport de la Dre H. _____ du 1^{er} septembre 2020 qui liste ses atteintes. Elle ajoute que l'avis SMR ne tient pas compte des rapports des spécialistes du T. _____, et déplore l'absence d'évaluation globale. Elle fait en outre grief au SMR de n'avoir pas tenu compte du fait que la Dre N. _____, dans son rapport du 21 janvier 2019, a fait état de

répercussions psychiques, non prises en compte par le SMR. Toujours en se prévalant de ce rapport, elle relève qu'elle cumule de nombreux problèmes, à l'origine de tellement de limitations qu'il est illusoire qu'elle puisse assumer une activité professionnelle dans la mesure demandée. Pour elle, il s'avère dès lors indispensable de compléter l'instruction par un bilan global, et déterminer l'influence de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail, une expertise psychiatrique devant être mise en place vu l'éventuel diagnostic de fibromyalgie ou de syndrome de fatigue chronique posé par la Dre H._____.

Dans sa réponse du 17 février 2021, tout en listant les différents rapports sur lesquels il s'était fondé, l'intimé a renvoyé à la motivation développée dans sa décision du 26 novembre 2020 et dans la lettre d'accompagnement pour conclure au rejet du recours et au maintien de la décision.

Par réplique du 10 mars 2021, se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_439/2020 du 20 octobre 2020, la recourante a maintenu sa position, en se prévalant du rapport de la Dre D._____ du 4 mars 2019, qui a fait état d'un « syndrome prémenstruel très invalidant », et de celui de la Dre H._____ du 1^{er} septembre 2020, qui estimait impossible pour elle de reprendre une activité lucrative et mentionnait des limitations importantes dans les activités quotidiennes.

Dupliquant le 21 avril 2021, l'intimé a relevé que le rapport de la Dre D._____ du 4 mars 2019 ne donnait aucune précision sur les limitations découlant du syndrome prémenstruel, soutenait que le traitement prescrit apportait une bonne amélioration des symptômes et préconisait une thérapie cognitivo-comportementale ayant montré de bons résultats, de sorte qu'une incapacité de travail conséquente et durable ne pouvait être retenue sur cette base. Quant au rapport de la Dre H._____ du 1^{er} septembre 2020, il ne mentionnait aucune limitation fonctionnelle déterminée et admettait que la reprise d'une activité professionnelle serait un échec en relevant à ce propos l'inactivité de la recourante depuis vingt ans, ce qui n'était pas un élément pertinent dans

le cadre de l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré demandée au médecin. Il confirmait dès lors ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de sa décision.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'années (art. 60 et 38 al. 4 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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 (cf. 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_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 ; 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel grief à l'intimé de ne pas avoir correctement instruit son dossier, singulièrement de ne pas avoir évalué ce que représente la somme des atteintes dont elle souffre sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail, en procédant à une appréciation globale de son état.

La recourante a travaillé de 1989 à 2000. Elle a ensuite, de son propre aveu, participé à l'éducation de ses enfants, de 2000 à 2007. Depuis 2007, elle se dit en incapacité de travail. Dans le cadre de l'instruction de la demande de la recourante, l'intimé s'est adressé au Dr R._____, ainsi qu'à la Dre N._____. Le premier a indiqué dans son rapport du 10 juillet 2017 qu'il n'avait pas l'impression d'un retentissement important des diagnostics évoqués (déficit en antithrombine 3 et status post thrombose veineuse profonde fémoro-poplitée gauche en 1998 avec syndrome pré-thrombotique, hypertension artérielle, ovaires polykystiques et hirsutisme, obésité, rhinite et asthme aux poussières et graminées) sur l'état de santé de sa patiente, qui demeurait en mesure d'exercer de façon régulière des travaux mi-lourds et légers. Quant à la Dre N._____, elle a également estimé dans son rapport du 3 mai 2019 que la capacité de travail était de 100%, les limitations fonctionnelles consistant en un effort physique limité par l'obésité de sa patiente.

Il ne fait pas de doute que si ces seuls rapports avaient été versés au dossier de la recourante, l'intimé aurait été légitimé à constater l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante. Toutefois, l'assurée a fait savoir à l'intimé le 10 janvier 2020 qu'elle avait désormais pour médecin traitante la Dre H._____. Malgré cette annonce, l'office n'a pas sollicité de rapport en mains de cette médecin, mais a notifié son projet de décision du 22 juin 2020. Quand, dans le cadre de sa contestation à l'encontre dudit projet, la recourante a produit le rapport de la Dre H._____ du 1^{er} septembre 2020, l'intimé s'est limité à produire non pas un avis SMR, mais un simple résumé de la permanence SMR.

Or, la médecin traitante a évoqué un possible diagnostic de fibromyalgie, respectivement de syndrome de fatigue chronique, et un quotidien difficile, avec le risque qu'une reprise d'activité professionnelle entraîne « énormément d'absentéisme, d'angoisses et se termine[rait] probablement mal ». S'il est constant que le médecin traitant est traditionnellement susceptible, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, de prendre parti pour celui-ci, son avis ne saurait d'emblée être écarté. En l'occurrence en effet, la médecin traitante reprend certes dans une large mesure les avis exprimés avant elle par les médecins du T._____, respectivement livre les plaintes de sa patiente. Il n'en demeure pas moins que les éléments qu'elle évoque auraient justifié qu'elle soit à tout le moins interpellée par l'intimé par le biais du questionnaire usuel. Les explications qu'elle donne, quand bien même elles sont empreintes d'une nette empathie à l'égard de la recourante, sont susceptibles de laisser subsister des doutes quant à la fiabilité de l'appréciation - très brève - de la permanence SMR.

Ainsi, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, il apparaît que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour mise en œuvre d'un complément d'instruction, qui consistera en l'envoi du formulaire à la médecin traitante, puis en la mise en œuvre d'un examen (volet de médecine

interne ou rhumatologique et psychiatrique) auprès du SMR ou d'experts externes, respectivement toutes autres mesures idoines, la question du statut pouvant se poser en présence d'une assurée qui n'a plus travaillé depuis plus de vingt ans.

6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour compléter l'instruction dans le sens des considérants puis rendre une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'une avocate du service juridique d'un organisme d'utilité publique, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 26 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 O._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 :

- Procap, Service juridique (pour O._____),
- 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 :