

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst., 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28a al.
3 LAI ; 27^{bis} RAI**

E n f a i t :

A. a) X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux filles adultes, au bénéfice d'un diplôme d'infirmière assistante obtenu en [...] et reconnu en Suisse en [...], travaillait en qualité d'infirmière assistante dès le 10 juillet 2015 auprès de l'EMS S._____ à [...]. Victime de plusieurs chutes dans les escaliers (avril 2015 et mars 2016), elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 19 décembre 2015. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 30 avril 2016. Dans l'exercice de cette activité au taux de 50 %, le revenu mensuel de l'assurée était de 2'716 fr. 50, servi treize fois l'an. Par la suite, l'assurée a présenté plusieurs chutes à la suite du lâchage du membre inférieur gauche.

Le 22 juin 2016, X._____ a déposé une demande de prestations pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurance-invalidité en raison d'une hernie discale, d'une lésion du pouce droit, de migraines et de burn-out engendrant de la fatigue chronique, ainsi que des vertiges.

D'après le questionnaire 531bis du 20 juillet 2016, l'assurée en bonne santé travaillerait à 60 % depuis 2000 comme infirmière par intérêt personnel et nécessité financière.

Dans un rapport du 27 octobre 2016 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dre G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, cheffe de clinique adjointe au Centre de la main du CHUV, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de dorsalgies invalidantes et de douleurs de l'épaule ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'entorse du pouce droit. Cette dernière atteinte était toujours en traitement (physiothérapie) depuis la chute de mars 2016 sans autre proposition thérapeutique. Indiquant qu'aucun arrêt de travail n'avait été

attesté pour l'entorse du pouce droit, cette spécialiste ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 16 janvier 2017 à l'OAI, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de chutes à répétition en 2015 et par la suite, de syndrome radiculaire L4-L5, L5-S1 gauche sur hernie discale, d'omalgies droites avec arthropathies acromion-claviculaire droite et tendinopathie du long chef du biceps droit suite à la chute de mars 2016, de lésion du pouce droit non précisée, suivi par le Centre de la main au CHUV, de migraines invalidantes, de SAOS (syndrome d'apnées obstructives du sommeil) appareillé ainsi que d'hyperréactivité bronchique. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 4 mars 2016, sous traitement de Cipralax®, Tranxilium®, Naproxène® et Dafalgan®. Il ne se prononçait pas sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, ni ne mentionnait des limitations fonctionnelles, la capacité de travail devant, selon ce médecin, être évaluée par les services d'orthopédie et de la main au CHUV.

Dans un rapport non daté mais enregistré le 7 juin 2017 au dossier, le Dr A._____, spécialiste en pneumologie, a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil depuis 2010 appareillé. Qualifiant le pronostic d'« excellent », ce médecin a indiqué que « le diagnostic de SAOS n'a aucun impact sur la capacité de travail ».

Dans un rapport du 14 juin 2017 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un syndrome lombo-vertébral chronique avec des sciatalgies gauches intermittentes sur discopathie L4-L5 et L5-S1 existant depuis avril 2015. Ce spécialiste indiquait qu'en raison d'une réaggravation des douleurs, l'assurée ne parvenait plus à travailler sans l'aide d'un tiers pour prodiguer des soins aux résidents de l'EMS.

Au vu des atteintes musculosquelettiques post traumatiques et sur troubles dégénératifs, en évolution depuis avril 2015, d'empêchements incompatibles dans l'activité d'auxiliaire de santé en l'absence d'un concilium rhumatologique et/ou d'éléments cliniques objectifs pour justifier la longue incapacité de travail depuis 2015 dans un contexte psychologique fragilisé (angoisses importantes et l'absence de suivi), de l'âge de l'assurée et pour préciser une exigibilité dans une activité adaptée à l'état de santé déficient, la Dre M._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a suggéré la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) en laissant le soin aux experts de proposer une expertise neurologique si nécessaire (avis médical SMR du 26 février 2018).

L'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (CRR), à Sion. Dans leur rapport du 13 novembre 2018, les experts (Drs T._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, B._____, spécialiste en rhumatologie, H._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi que D._____, spécialiste en neurologie) ont posé les diagnostics d'interventions pour varices des deux membres inférieurs (I83), de cystopexie (Y838), de syndrome d'apnées du sommeil appareillé (G473) avec succès sans aucune gêne résiduelle, de migraines accompagnées (G431), de PPPD ou *Persistent Postural Perceptual Dizziness syndrome* (H813) associé à des séquelles d'une neuronite vestibulaire, compliquée probablement de vertiges paroxystiques positionnels bénins. Aucun diagnostic rhumatologique ou psychiatrique n'a été retenu. En guise de conclusion, les experts ont indiqué que, sur le plan rhumatologique, les données au jour de l'expertise ainsi que l'analyse des documents d'imagerie (en particulier une IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire de 2015) étaient rassurants. Ils ont relevé que progressivement, des vertiges s'étaient accentués, ceux-ci survenant de manière fréquente, durant quelques secondes, et justifiant des limitations fonctionnelles (à savoir, toute activité en hauteur, les déplacements avec des ports de charges en particulier dans les escaliers ou sur des terrains inégaux). Compte tenu de

la persistance des séquelles d'un déficit vestibulaire droit, les experts ont retenu que l'activité d'aide-soignante, qui nécessitait le déplacement et le transfert de patients, n'était plus sécuritaire. A l'inverse, toute activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues était exigible de la part de l'assurée depuis le début de ses ennuis de santé. Les experts ont toutefois suggéré une réévaluation de l'assurée au CHUV par le Prof. N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, en vue d'une éventuelle prise en charge multidisciplinaire comportant notamment de la physiothérapie, de la rééducation vestibulaire et surtout des thérapies cognitivo-comportementales.

Aux termes d'un avis médical du 19 février 2019, la Dre M._____, du SMR, avant de se positionner définitivement sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, a suggéré d'obtenir un avis complémentaire auprès du Prof.N._____ pour une évaluation oto-neurologique de l'intéressée.

Par communication du 22 février 2019, l'OAI a fait part à l'assurée, dans le cadre de la poursuite de l'instruction de sa demande de prestations, d'un complément d'informations demandé à l'Unité d'auto-neurologie et d'audiologie du CHUV (Service du Professeur N._____). Le 4 mars 2019, l'intéressée a donné son accord écrit à l'OAI pour transmettre une copie de l'examen neurologique effectué en novembre 2018 à la CRR dans le cadre de l'évaluation oto-neurologique complémentaire proposée par le SMR.

Dans un rapport du 18 juin 2019, le Prof. N._____ a diagnostiqué un trouble vestibulaire fonctionnel chronique (*Persistent Postural Perceptual Dizziness*). Ce spécialiste a confirmé l'évaluation des experts de la CRR, à savoir une capacité de travail entière de l'assurée dans une activité adaptée légère et sédentaire, évitant les mouvements répétitifs et les stimulations visuelles défilantes.

Aux termes d'un rapport médical du 4 octobre 2019, la Dre M._____ a retenu, comme atteinte principale à la santé, un *Persistent Postural Perceptual Dizziness syndrome* (PPPD ; H81.3) sans pathologie

associée du ressort de l'AI. Les facteurs/diagnostics associés, non du ressort de l'AI, étaient un syndrome d'apnée du sommeil appareillé (G473) sans aucune gêne résiduelle, un status post interventions pour varices des membres inférieurs (I83) ainsi qu'un status post cytopexie (Y83.8). S'alignant sur les conclusions des experts de la CRR et du Prof.N._____, la médecin du SMR a retenu que, depuis le 19 décembre 2015, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle pour des raisons neurologiques. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (activité légère et sédentaire, évitant les mouvements répétitifs et les stimulations visuelles défilantes, pas d'activité en hauteur, pas de déplacement avec port des charges, tout particulièrement dans les escaliers ou sur les terrains inégaux), la capacité de travail était de 100 % depuis la fin 2015.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 16 décembre 2019 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 6 janvier 2020, l'enquêtrice a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Elle a mis en évidence une entrave de 38,1 % jusqu'à mars 2019, puis de 7,5 % dès avril 2019, dans l'accomplissement des travaux habituels.

Par projet de décision du 29 juillet 2020, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Ses observations étaient les suivantes :

"Par votre demande du 22 juin 2016, vous avez sollicité des prestations de notre assurance.

Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, nous constatons que vous présent[ez] une incapacité de travail totale, dans votre activité habituelle d'infirmière assistante, depuis le 20 [recte : 19] décembre 2015.

Toutefois, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles à savoir : activité légère et sédentaire, évitant les mouvements répétitifs et les situations visuelles défilantes, pas d'activité en hauteur, pas de déplacement avec port des charges, tout particulièrement dans les escaliers ou sur les terrains inégaux votre capacité de travail est de 100%.

Tel serait le cas dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités

simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique. Mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux.

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, il convient d'une part de déterminer le préjudice économique subi dans la part professionnelle (part active) et d'autre part de prendre [en] considération les empêchements dans la tenue du ménage (part ménagère).

Le degré d'invalidité qui résulte de ces deux domaines doit ensuite être pondéré en tenant compte du taux d'occupation professionnel que vous auriez eu si vous n'aviez pas été invalide et du taux consacré à vos travaux habituels.

Jusqu'au 31 décembre 2017, le préjudice économique se calcule en comparant le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé à 50%, avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée respectant vos limitations fonctionnelles.

En l'occurrence, en bonne santé, vous auriez pu prétendre à un revenu annuel de CHF 32'598.00 en 2016.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

Le salaire annuel que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 27'290.57 à 50%, en 2016.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, permis de séjour et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans votre cas. En effet les limitations fonctionnelles ne sont pas assez importantes pour limiter l'accès à un éventail d'activités suffisamment large et par conséquent n'engendrant pas de désavantage salarial.

Au vu de ce qui précède, votre préjudice économique pour la part active est de 16.28% conformément au calcul ci-dessous :

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé (à 50%)	SFR 32'598.00
Revenu avec atteinte à la santé (à 50%)	SFR 27'290.57
Perte de revenu	SFR 5'307.43
Degré d'invalidité	16.28%

Selon l'enquête réalisée à votre domicile, vous présentez des empêchements dans la tenue de votre ménage, qui s'élèveraient à 38.10% jusqu'au 31 mars 2019 et à 7.50% dès le 1^{er} avril 2019, dans l'hypothèse où vous consacriez 100 % de votre temps à cette activité.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines jusqu'au 31 mars 2019 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	50.00%	16.28%	8.14%
ménagère	50.00%	38.10%	19.05%
Taux d'invalidité global :			27.19%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente.

Nous précisons que l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 du nouvel art. 27bis RAI relatif à l'évaluation de l'invalidité des personnes travaillant à temps partiel n'a pas d'influence dans votre cas, le degré d'invalidité étant inchangé.

A partir du 1^{er} avril 2019, il ressort de l'enquête réalisée à votre domicile que vos empêchements dans la tenue de votre ménage s'élèvent à 7.50%.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	50.00%	16.28%	8.14%
ménagère	50.00%	7.50%	3.75%
Taux d'invalidité global :			11.89%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20 % au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent.

Nous considérons par ailleurs qu'aucune mesure professionnelle simple et adéquate ne permettrait de diminuer de manière considérable votre préjudice économique compte tenu de votre situation."

Dans le cadre des objections du 17 septembre 2020 de l'assurée sur ce projet de refus de prestations, l'OAI s'est vu remettre des rapports de consultations des 15 février ainsi que 4 et 26 mars 2019 et des 12 mai, 14 septembre ainsi que 7 et 20 octobre 2020 du Dr P. _____, spécialiste en neurologie. Dans son dernier rapport, ce médecin a fait part d'une évolution caractérisée par une recrudescence des migraines avec un traitement préventif antimigraineux mis en place (Motilium® 10 mg et Replax® 40 mg, si l'ibuprofène® 300 [deux comprimés] et le

Paracétamol® 500 mg n'avaient pas d'effet, avec l'introduction de Saroten® 10 mg deux semaines plus tard).

Selon une note du 29 octobre 2020 d'un entretien téléphonique du jour précédent entre la gestionnaire en charge du cas et l'assurée, à la demande de cette dernière le rapport d'expertise pluridisciplinaire a été envoyé à trois de ses médecins (à savoir, les Drs Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, P._____, et R._____, praticien).

Après avoir requis le point de vue du SMR (compte rendu de la permanence du 10 février 2021), l'OAI a, par décision du 1^{er} mars 2021, rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet de décision du 29 juillet 2020 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

b) Le 18 mars 2021, X._____, désormais assistée par son conseil Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande d'allocation pour impotent AI en raison d'une « atteinte neurologique et psychique » justifiant un alitement de vingt-quatre heures lors de crises (et de quatorze à quinze heures hors crises) à raison de sept mois par an ainsi que, depuis la fin 2015, un besoin d'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (« pour tous les rendez-vous distants ») et la présence d'un tiers pour éviter un isolement, aide qui était apportée par le mari et les deux filles de l'assurée.

Dans un rapport pour les personnes impotentes AVS/AI du 25 mars 2021, le Dr R._____ a posé les diagnostics de vertiges chroniques type PPPD et de migraines avec, depuis 2016, un besoin d'aide de sa patiente pour ses déplacements et se tenir debout ainsi que des soins permanents lors de crises. En annexe à son rapport, le Dr R._____ a joint :

- un rapport du 7 janvier 2021 adressé au Dr P._____ par le Dr Q._____ faisant part d'une nouvelle crise de vertiges avec des céphalées importantes. Il mentionnait que l'assurée n'avait pas encore augmenté la prise de Saroten®, étant d'avis qu'il était souhaitable de l'encourager à augmenter ce traitement. Indiquant que dans l'ensemble l'intéressée présentait un syndrome PPPD, le Dr Q._____ a proposé la réalisation d'un bilan plus complet que le dernier datant de 2017 sous la forme d'un contrôle oto-neurologique de l'assurée aux F._____. Enfin, concernant la présence de douleurs pulsatiles temporales gauches, le Dr Q._____ s'interrogeait sur l'utilité d'effectuer un US (ultrason) de l'artère temporale afin d'exclure une éventuelle maladie de Horton ;

- un rapport du 29 janvier 2021 du Dr P._____ dont il ressort que l'assurée était connue pour une vestibulopathie aiguë droite en 2016 assortie à des vertiges positionnels résiduels séquellaires et un *Persistent Postural Perceptual Dizziness syndrome* (PPPD) avec, depuis les deux derniers mois, une recrudescence des vertiges et migraines sans aura. Le Dr P._____ avait pu rassurer l'intéressée en lui confirmant qu'il n'y avait pas lieu de pratiquer un Echo-Doppler carotido-vertébral. Les douleurs antérieures étaient de type migraineux alors qu'une artérite temporale pouvait être raisonnablement écartée. Ce médecin l'avait encouragée à poursuivre le Saroten® 20 mg avec la prescription de Xanax® 0,25 mg en réserve.

B. Par acte du 6 avril 2021, X._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 1^{er} mars 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI dans le sens des considérants. Elle fait valoir, en lien avec l'établissement de son statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, que son droit d'être entendue a été violé en se référant à la jurisprudence relative aux renseignements oraux ou téléphoniques recueillis de manière informelle et retranscrits dans une note ainsi qu'au cas d'un assuré qui avait été privé de la possibilité de se déterminer sur une notice déterminante. Elle

soutient par ailleurs que l'enquêtrice qui a réalisé l'évaluation économique sur le ménage du 16 décembre 2019 ne lui a pas donné la possibilité de se déterminer sur le contenu du rapport et, le cas échéant, d'en contester les points erronés. Elle se prévaut également d'un usage qui aurait cours en Suisse alémanique, à savoir la possibilité de donner son accord par sa signature sur le document. Elle reproche ensuite à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise CRR, en particulier quant à l'absence de tout diagnostic psychiatrique en lui opposant le rapport d'examen oto-neurologique du Prof. N._____ qui note pour sa part une réaction anxieuse de la symptomatologie avec peur de tomber et comportement d'évitement des situations déclenchantes. Elle conteste par ailleurs la description faite par les experts d'une journée-type et évoque une suspicion de conflits d'intérêts à l'égard du Prof. N._____ en raison de ses « liens particuliers » avec la CNA, respectivement avec ses confrères de la CRR de par ses liens avec la CNA. Dans ce contexte, elle demande un délai pour déposer un nouveau rapport sur le plan oto-neurologique ainsi qu'un rapport d'examen attestant l'existence de vertiges séquellaires d'une contusion labyrinthique sans anomalie objective et de céphalées post traumatiques. Ce faisant, elle s'oppose à la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées en particulier au vu de sa symptomatologie, soit de l'importance des vertiges avec pertes d'équilibre et risque de chute, des importantes migraines et de l'état anxieux. Enfin, elle nie l'existence d'une activité adaptée à son état de santé défailant sur le marché de l'emploi en rappelant que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les données médicales peuvent si nécessaire être complétées par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelle. A titre de mesures d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire sur les plans oto-neurologique et psychiatrique ainsi que d'une expertise ergothérapeutique en lien avec l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle sur le marché de l'emploi, et la mise en œuvre de débats publics afin de pouvoir s'exprimer sur la question de son taux d'occupation sans atteinte à la santé.

Dans sa réponse du 26 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Après avoir écarté le grief formel invoqué et confirmé l'appréciation effectuée par son enquêtrice le 16 décembre 2019, il relève le caractère probant de l'expertise CRR, en particulier ses volets oto-neurologique et psychiatrique, étant précisé que le besoin d'alitement d'une durée quotidienne, hors crises, de quatorze à quinze heures, ne ressort pas du dossier, sous réserve d'une période de six mois lors du burn-out de 2009. L'OAI rappelle en outre qu'en octobre 2020, le rapport d'expertise a été transmis, à la demande de la recourante, à trois des médecins consultés sans qu'aucun d'eux n'ait réagi à ce jour à l'encontre de cette expertise. Sans s'opposer à la demande de la recourante de pouvoir compléter le dossier sur le plan médical, l'OAI rappelle par ailleurs que les griefs relatifs à la description faite par les experts d'une journée-type ainsi qu'à l'évocation d'une suspicion de conflit d'intérêts à l'encontre du Prof. N. _____ ne sont pas étayés. Enfin, l'OAI indique, qu'après examen du cas, son spécialiste en questions professionnelles a retenu l'existence, sur le marché équilibré du travail, d'activités adaptées aux restrictions fonctionnelles de la recourante.

Le 21 mai 2022, en réplique, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions et son offre de preuves. S'agissant de la violation de son droit d'être entendue, elle répète ne pas avoir pu se déterminer sur le rapport d'enquête économique sur le ménage effectuée le 16 décembre 2019, précisant que l'enquêtrice lui a posé des questions et a rédigé un procès-verbal d'audition qui ne lui a pas été remis pour relecture « comme cela est la règle » ; elle estime en effet qu'elle aurait dû pouvoir vérifier la conformité de la retranscription de ses déclarations. Sur le fond, elle s'oppose à l'avis du Prof. N. _____ en alléguant présenter une capacité de travail nulle tant dans l'activité habituelle qu'en une activité adaptée à son état de santé, ceci sur la base d'un rapport du 27 avril 2022 du Dr V. _____, responsable de l'Unité d'oto-neurologie des F. _____ (F. _____) qu'elle produit et dont il ressort ce qui suit :

“Madame,

Comme convenu, voici les réponses aux questions posées dans le courriel de Maître Jean-Michel DUC du 25/02/2022 que vous pourrez lui adresser.

1. Il est raisonnable d'évoquer le diagnostic de PPPD (Persistant Postural-Perceptual Dizziness). Il y a certainement des chevauchements avec un diagnostic de migraine vestibulaire.
2. Actuellement l'intensité des symptômes rend toute activité professionnelle impossible. La capacité de travail est à présent nulle. En effet tout mouvement de la tête suffit à exacerber les symptômes chroniques d'instabilité, vertiges, nausées. L'impact est jugé très significatif.

Pour les mêmes raisons tous les aspects de la vie de tous les jours sont atteints. L'impact est très significatif. [...]"

Enfin, la recourante souligne que, s'agissant de l'aspect psychiatrique, l'office intimé se limite à reprendre les éléments de l'expertise au dossier sans répondre aux critiques formulées.

Dans sa duplique du 20 juin 2022, l'OAI produit un avis du 15 juin 2022 de la Dre E._____, du SMR, auquel il se rallie. Sur la base de l'analyse du cas effectuée par le médecin du SMR, l'OAI estime que le courrier du Dr V._____, court et peu informatif, n'est pas susceptible de modifier sa position. Au vu toutefois des rapports du Dr P._____, neurologue, l'intimé admet ne pas pouvoir exclure une recrudescence des migraines et vertiges, éventuellement survenue entre l'expertise à la CRR et la décision litigieuse. Dans ce contexte, il propose de compléter le dossier en réinterrogeant le neurologue précité sur la base des questions figurant dans l'avis SMR annexé qui se termine en ces termes :

"Conclusion : sur la base de rapports de neurologue Dr P._____ nous ne pouvons pas exclure une recrudescence de migraines et de vertiges survenue après une expertise à la CRR/Dr N._____ et avant notre décision. Nous vous proposons de réinterroger ce médecin avec les questions suivantes : Dans votre rapport médical du 29.01.2021 vous expliquez que l'assurée « présente une recrudescence de migraines et de vertiges depuis 2 mois ». Pouvez-vous préciser en quoi l'état de santé de l'assurée est modifié par rapport à la situation médicale en juin 2019. Merci de nous transmettre les copies de vos consultations depuis le début de la prise en charge. [...]"

Observant que, dans son rapport du 7 janvier 2021 adressé au DrP._____, le Dr Q._____ envisageait d'adresser la recourante pour un

contrôle en oto-neurologie aux F._____ afin d'effectuer un bilan plus complet, l'OAI est d'avis que, si ce bilan a eu lieu, il serait également intéressant de disposer du rapport corrélatif. Pour le reste, l'office intimé renvoie à sa précédente écriture.

Par sur-duplique du 5 juillet 2022, la recourante estime qu'hormis interroger le Dr P._____ sur la base des questions dans l'avis médical SMR du 15 juin 2022, comme le suggère l'OAI, il convient que le Dr P._____ se prononce également sur l'appréciation du Dr V._____.

Invité à indiquer si elle maintenait sa requête d'audience publique, la recourante a fait savoir le 9 septembre 2022 qu'elle y renonçait.

E n d r o i t :

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

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

2. Dans un grief de nature formelle, qu'il convient d'examiner à titre liminaire, la recourante, se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, en ce sens que l'enquêtrice ne lui aurait pas donné la possibilité

de consulter ses notes personnelles, respectivement de se déterminer sur le contenu du rapport d'enquête à domicile du 6 janvier 2020 avant sa reddition, déplorant de ne pas avoir pu donner son accord en apposant sa signature sur le document comme cela serait la pratique des Offices AI en Suisse alémanique. Ce faisant, elle conteste le statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 % retenu par l'enquêtrice de l'OAI.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). Ce droit est notamment concrétisé à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA, selon lequel l'assuré a le droit de consulter le dossier pour les données qui le concernent.

L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère toutefois pas le droit de prendre connaissance de documents purement internes qui sont destinés à la formation de l'opinion et qui n'ont pas le caractère de preuves (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 125 II 473 consid. 4a ; 115 V 297 consid. 2g/aa). Ainsi, le Tribunal fédéral a précisé que, dans le cadre d'une expertise, il n'existe pas un droit de consulter les notes internes destinées à la formation de l'opinion de l'expert ni, en général, les documents de travail préparatoires de l'expertise, comme les instruments destinés à établir une expertise, à savoir notamment les annotations concernant des résultats de tests ou d'autres observations. Cependant, un tribunal peut être tenu d'autoriser la consultation de tels documents lorsque cela paraît nécessaire dans le cas concret pour examiner les fondements et les conclusions d'un rapport (TF 8C_659/2013 du 4 juin 2014 consid. 3.2 et les références).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête rédigés sur place - tels les rapports économiques

sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile -, le Tribunal fédéral a retenu que s'il serait en règle générale souhaitable qu'ils soient soumis à la personne assurée (ou à son représentant légal) pour lecture et approbation, il ne s'agit pas en soi d'une obligation stricte. Il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de la procédure relative à l'exercice de son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 ; TF 9C_399/2021 du 20 juillet 2022 consid. 3.2, 9C_595/2013 et 9C_646/2013 du 30 novembre 2013 consid. 6.3 avec les références).

b) Au regard de la jurisprudence, les notes internes de l'évaluatrice chargée de l'enquête économique à domicile constituent indubitablement des documents de travail internes destinés à la formation de son opinion et pour lesquels la recourante ne dispose pas d'un droit propre à la consultation. Il n'y a par ailleurs aucune raison de croire que les observations retranscrites dans le rapport d'enquête ne correspondent pas aux notes prises au cours de l'entretien. Il faut constater en effet que l'enquête a eu lieu le 16 décembre 2019, au domicile et en présence de l'assurée, par une spécialiste en la matière qui a rédigé son rapport le 6 janvier 2020 ; l'intéressée a ainsi pu donner toutes les précisions qui lui semblaient utiles sur le moment à son interlocutrice de l'OAI. Si tel n'est pas le cas, la recourante a du reste eu tout loisir, que ce soit tant en procédure administrative que dans le cadre de la procédure de recours, de faire ses remarques et objections. Quant à l'allégation selon laquelle les assurés de Suisse alémanique pourraient vérifier que le contenu du rapport d'enquête corresponde bien aux propos échangés, un tel usage n'est pas établi. Il n'y a ainsi pas lieu de considérer que le droit d'être entendue de la recourante a été violé.

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée

qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

d) En l'absence d'indice propre à remettre en cause l'appréciation de l'OAI, il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, que la recourante présentait un statut mixte d'active à 50 % et de ménagère à 50 %. En effet, dans le rapport de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 16 décembre 2019 (pièce 61), il est notamment écrit ce qui suit :

"Sur le formulaire 531 bis complété le 20.7.2016, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60 %.

Le jour de l'entretien, l'assurée précise que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% pour des raisons financières. Elle précise qu'elle n'aurait pas travaillé plus en lien avec la présence de ses migraines, mais surtout l'absence de nécessité financière depuis ces dernières années.

Motivation du statut :

L'assurée est mariée depuis [...] et mère de deux filles nées en [...] et [...].

L'assurée arrive en Suisse en [...] et exerce rapidement une activité dans les soins comme assistante de soins privée ou pour des mandats intérimaires.

En 2009, elle débute une formation d'infirmière, mais qu'elle ne parvient pas à terminer développant un burnout au cours de cette dernière.

En juillet 2015, elle débute une activité professionnelle auprès de l'EMS S. _____ à [...] à un taux de 50%. Le taux de l'engagement était le choix de l'assurée qui ne souhaitait pas travailler plus. Elle

explique que l'absence de nécessité financière lui permettait d'adapter son taux d'activité à la présence de ses migraines qui pouvaient être plus ou moins invalidantes selon les périodes. L'assurée confirme que, sans les problèmes de santé développés depuis 2015, elle aurait maintenu ce taux d'activité. La situation économique de la famille étant favorable, elle n'avait pas besoin de travailler plus, et surtout souhaitait pouvoir garder du temps libre pour partir en [...] prendre soin de ses parents.

Les propos de l'assurée étant cohérents et appuyés par les pièces aux dossiers, c'est le statut de 50% active qui est proposé."

En conclusion, il n'existe aucun élément dont l'enquêtrice n'aurait pas dûment tenu compte lors de son évaluation économique en décembre 2019 effectuée au domicile et en présence de l'assurée. La Cour de céans s'en tiendra donc au statut de 50 % active et 50 % ménagère de l'intéressée retenu par l'enquête économique sur le ménage de décembre 2019.

3. a) Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, à la suite de la demande de prestations du 22 juin 2016.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 1^{er} mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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.

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

d) Pour 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).

e) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il

appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ou qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

g) Enfin, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que, depuis le 1^{er}

janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel n'est plus comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé mais est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

6. **a)** En l'espèce, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité aux limitations fonctionnelles retenues (*activité légère et sédentaire, évitant les mouvements répétitifs et les situations visuelles défilantes, pas d'activité en hauteur, pas de déplacement avec port des charges, tout particulièrement dans les escaliers ou sur les terrains inégaux*) depuis ses atteintes à la santé apparues en décembre 2015. L'OAI se base sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de novembre 2018 de la CRR complété par l'évaluation oto-neurologique effectuée en juin 2019 par le Prof.N._____.

Ne partageant pas ce point de vue, la recourante conteste la pleine capacité de travail retenue en opposant l'avis des médecins consultés sur la question.

b) L'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie) confiée à la CRR par l'OAI dans le second semestre 2018 a posé les diagnostics d'interventions pour varices des deux membres inférieurs (I83), de cystopexie (Y838), de syndrome d'apnées du sommeil appareillé (G473) avec succès sans aucune gêne résiduelle, de migraines accompagnées (G431) ainsi que de PPPD

(*Persistent Postural Perceptual Dizziness syndrome*, H813) associé à des séquelles d'une neuronite vestibulaire, compliquée probablement de vertiges paroxystiques positionnels bénins. Les experts n'ont pas retenu de diagnostic rhumatologique, ni psychiatrique. Sur la base de leurs propres examens cliniques ainsi que l'analyse du dossier médical de l'assurée mis à leur disposition, les experts ont observé que des vertiges s'étaient accentués, ceux-ci survenant de manière fréquente, durant quelques secondes. Relevant qu'habituellement les déficits vestibulaires se compensaient et permettaient aux patients de se déplacer en toute sécurité, ils ont retenu que les seules limitations étaient généralement toute activité en hauteur, les déplacements avec des ports de charges en particulier dans les escaliers ou sur des terrains inégaux. Dans le contexte de la persistance des séquelles d'un déficit vestibulaire droit, les experts ont unanimement estimé que si la poursuite de l'activité habituelle d'aide-soignante nécessitant le déplacement et le transport de patients était compromise, à l'inverse toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues demeurerait exigible de la part de l'assurée depuis le début de ses ennuis de santé à la fin 2015. Les experts ont encore suggéré une réévaluation du cas effectuée au CHUV par le Prof. N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie.

Le complément d'expertise oto-neurologique confié au Prof. N._____ par l'OAI a confirmé le diagnostic de trouble vestibulaire fonctionnel chronique (*Persistent Postural Perceptual Dizziness*) chez l'assurée. Au moment d'apprécier la situation, le Prof. N._____ a émis les considérations suivantes (rapport du 18 juin 2019, p. 2) :

"DISCUSSION-CONCLUSION

L'examen otoneurologique clinique et instrumental est normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique expliquant la symptomatologie. En particulier, il n'y a pas d'éléments parlant en faveur d'un déficit vestibulaire droit ni d'un VPPB sur canalolithiase. Au vu de l'histoire clinique, la patiente présente un trouble vestibulaire fonctionnel chronique type Persistant Postural Perceptual Dizziness (conflit sensoriel visuo-vestibulaire), avec altération de la perception interne de l'équilibre et intolérance aux mouvements du corps et de la scène visuelle. Réaction anxieuse à la symptomatologie avec peur de tomber et comportement d'évitement des situations déclenchantes. A noter une amélioration des troubles depuis l'introduction d'un traitement de Tranxilium et d'Escitalopram.

Sur le plan thérapeutique, je propose une prise en charge de physiothérapie vestibulaire orientée sur la conscience corporelle et l'intégration visuo-vestibulaire, incluant des stimulations optocinétiques douces. Concernant la capacité de travail, je rejoins l'avis des experts de la CRR et admetts une capacité de travail complète dans une activité adaptée légère et sédentaire, évitant les mouvements répétitifs et les stimulations visuelles défilantes."

Dans le cadre du dépôt par la recourante d'une demande d'allocation pour impotent AI le 18 mars 2021, l'OAI a recueilli un bref rapport du 25 mars 2021 du Dr R. _____ mentionnant que dès 2016, en lien avec des vertiges chroniques type PPPD et des migraines, l'intéressée nécessitait une aide pour se déplacer et se tenir debout ainsi que des soins permanents lors de crises de vertiges et migraines. En annexe à ce document figuraient un rapport du 7 janvier 2021 du Dr Q. _____ ainsi qu'un rapport du 29 janvier 2021 du Dr P. _____. Ces deux spécialistes ont fait état de crises récentes de vertiges avec migraines importantes de leur patiente malgré la prise d'antimigraigneux.

En la présente procédure, la recourante a produit un rapport du 27 avril 2022 du Dr V. _____, responsable de l'Unité d'oto-neurologie des F. _____, qui estime pour sa part que le diagnostic de PPPD se chevauche certainement avec un diagnostic de migraine vestibulaire et qu'en raison de l'intensité des symptômes, la capacité de travail de l'intéressée est nulle ; tout mouvement de la tête suffit à exacerber les symptômes chroniques d'instabilité, vertiges et nausées. Pour les mêmes raisons, tous les aspects de la vie quotidienne sont atteints et l'impact est très significatif selon le Dr V. _____.

c) Dans ses écritures, la recourante conteste la valeur probante du rapport du Prof. N. _____ estimant qu'il existe une suspicion de conflit d'intérêt à l'égard de ce dernier par rapport à ses liens avec la CNA, respectivement avec la CRR de par ses liens avec la CNA.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, il n'y a pas lieu de douter de l'indépendance et de l'objectivité des constatations faites par le Prof. N. _____. Ce médecin a en effet été régulièrement mandaté par l'office intimé. Par ailleurs, les médecins de la CRR n'avaient pas procédé à une évaluation oto-neurologique. Dans ces conditions, on ne saisit pas

pour quel motif le Prof. N._____, spécialiste renommé dans sa spécialité médicale, aurait ainsi confirmé les conclusions des experts de la CRR. Au demeurant, le moyen tiré de l'apparence de prévention est en tout état de cause considéré comme tardif. En effet, quand bien même elle en avait la possibilité, la recourante n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'égard du Prof. N._____, qu'ils soient formels ou matériels, à la suite de la communication du 22 février 2019 de l'OAI relative au complément d'informations médicales demandé à l'Unité d'auto-neurologie et d'audiologie du CHUV (Service du Professeur N._____. L'intéressée a, au contraire, donné son accord écrit, le 4 mars 2019, à cet office pour transmettre une copie de l'examen neurologique effectué en novembre 2018 à la CRR au service du Prof. N._____.

d) Cela étant, il y a lieu de constater qu'à la suite du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 13 novembre 2018, le SMR (avis médical du 19 février 2019 de la Dre M._____) a préconisé un complément d'expertise auprès du Prof. N._____ du CHUV lequel a procédé à une évaluation oto-neurologique le 12 juin 2019 soit près de deux ans avant la décision litigieuse du 1^{er} mars 2021.

Dans son rapport du 29 janvier 2021, le Dr P._____, neurologue, a fait état d'une recrudescence de migraines sans aura accompagnées de vertiges survenues deux mois plus tôt, écartant une artérite temporale et encourageant l'assurée à poursuivre le Saroten® 20 mg avec la prescription du Xanax® 0,25 mg en réserve.

Comme en convient l'intimé dans sa duplique du 20 juin 2022, une recrudescence des migraines et des vertiges n'étant pas exclue postérieurement à l'expertise de la CRR et à l'évaluation du Prof. N._____, soit antérieurement à la décision litigieuse, la Cour de céans ne saurait dès lors se fonder sur la seule appréciation des experts de la CRR et du Prof. N._____ pour admettre une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que 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 œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances sociales examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'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).

c) Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive prenant en compte la recrudescence des migraines et des vertiges telle que décrite par le Dr V._____, l'instruction doit être complétée. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), cette solution apparaissant comme la plus opportune. Aussi, comme le suggère le SMR, il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en soumettant un questionnaire au Dr P._____ dont le contenu est décrit dans l'avis SMR du 15 juin 2022, tout en lui soumettant l'avis du Dr V._____. Il appartiendra ensuite à l'intimé d'examiner s'il convient de procéder à un complément d'expertise auprès de la CRR, respectivement auprès du Prof. N._____.

d) Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de traiter les autres griefs soulevés par la recourante à propos de la valeur probante de l'expertise CRR, notamment, l'OAI devant revoir la situation sur le plan médical et les conséquences qui en résultent. Le sort du recours rend finalement sans objet la requête d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire sur les plans oto-neurologique et psychiatrique ainsi que d'une expertise ergothérapeutique.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et 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 2'000 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 l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 X. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour X. _____),
- 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 :