

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 avril 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffière : Mme Neurohr

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Butrint Ajredini, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 1973, mère de deux enfants, nés respectivement en 2004 et 2010, séparée et sans formation, travaillait en 2019 comme femme de ménage auprès des sociétés G.\_\_\_\_\_ SA et C.\_\_\_\_\_ SA.

Le 6 décembre 2019, l'assurée a ressenti des palpitations cardiaques avec malaise et dyspnée. Après examens, il s'est avéré que le sang circulait mal dans son cœur et refluit en partie. Une intervention chirurgicale a été réalisée le 6 février 2020 au Centre [...]. A la suite de cette opération, l'assurée a continué à se plaindre de fortes douleurs dans la poitrine, les deux bras et la base du cou.

Q.\_\_\_\_\_ a été licenciée par C.\_\_\_\_\_ SA avec effet au 31 décembre 2019 et par G.\_\_\_\_\_ SA avec effet au 31 mars 2021.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 29 juillet 2020. Elle indiquait souffrir de troubles cardiaques et de cervicalgies depuis le 6 décembre 2019, précisant avoir été en incapacité de travail à 100 % du 6 décembre 2019 au 25 mai 2020, à 50 % du 25 mai au 7 juin 2020, puis à nouveau à 100 % depuis le 8 juin 2020.

G.\_\_\_\_\_ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur le 6 août 2020. Il en ressortait qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 11,25 heures par semaine pour un salaire mensuel de 1'200 francs. C.\_\_\_\_\_ SA a, quant à elle, rempli le questionnaire pour l'employeur le 19 août 2020. Elle a indiqué que l'assurée travaillait pour elle à raison d'une heure trente à deux heures par semaine, correspondant à un salaire annuel de 2'537 fr. 25 en 2017, 2'638 fr. 60 en 2018 et 2'598 fr. 10 en 2019.

Dans un rapport médical détaillé UE/AELE du 1<sup>er</sup> septembre 2020, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de « flutter auriculaire avec thermoablation le 06.02.2020 ». L'assurée présentait une fatigue et des douleurs thoraciques et cervicales à l'effort et au repos. Ces douleurs l'empêchaient de travailler le dos courbé, d'effectuer des mouvements fréquents de torsion ou de flexion du dos et limitaient sa force manuelle. Le médecin a noté une rémission partielle des symptômes après l'intervention du 6 février 2020. Il était d'avis qu'une capacité de travail était exigible, en cas d'amélioration des symptômes, dans des travaux légers sans exposition au froid, sans exposition à la fumée, aux gaz, vapeurs et émanations, sans flexion, levage et port de charges fréquents et sans montée d'échafaudages, d'échelles ou d'escaliers. Il a précisé que l'assurée pourrait continuer à exercer le même type d'activité qu'auparavant, mais à un niveau tenant compte de ses limitations fonctionnelles, estimant qu'en cas d'amélioration de son état de santé son taux d'activité pourrait atteindre 40-60 %. Il a relevé que, pour l'heure, l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 6 décembre 2019.

Entre autres mesures d'instruction, l'OAI s'est procuré une copie du dossier constitué par H. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain en cas de maladie (APG) de C. \_\_\_\_\_ SA. Y figuraient notamment :

- un certificat médical du 6 avril 2020 du Dr M. \_\_\_\_\_ posant le diagnostic de flutter auriculaire, traité par thermoablation, et relevant que l'assurée souffrait de fatigue intense et de malaises à répétition. Une reprise du travail était envisagée à partir du 13 avril 2020 ;
- un certificat médical du 1<sup>er</sup> septembre 2020 du même médecin qui a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de status post flutter auriculaire et d'hernie discale cervicale C5-C6 bilatérale avec canal cervical étroit. Les limitations objectives dans l'activité actuelle étaient une fatigue importante, une douleur thoracique itérative, ainsi qu'une hypoesthésie des doigts. Si la capacité de travail de l'assurée était alors nulle depuis le 6 décembre 2019, celle-ci

pourrait à nouveau exercer son activité habituelle en cas d'amélioration de son état de santé. L'évolution était pour l'heure fluctuante sans amélioration significative, mais le pronostic était bon à moyen/long terme ;

- un certificat médical du 14 septembre 2020 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui retenait les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de cervico-omalgies bilatérales aspécifiques, de douleurs thoraciques probablement sur un ancien épanchement péricardique postopératoire, de status post thermoablation d'un fibrillo-flutter en février 2020 et de discopathies C5-C6 débutantes sans compression radiculaire. Ce médecin relevait que l'assurée était limitée par la douleur et qu'il lui avait prescrit de la physiothérapie, considérant que ce traitement devait être suffisant pour faire disparaître ses symptômes. Il a retenu que l'intéressée était en incapacité totale de travail pour la période du 31 juillet au 31 août 2020.

Selon le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 19 octobre 2020, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020 au taux de 50 %, le reste de son temps étant dédié à ses deux enfants mineurs.

Un CT-scan thoracique, réalisé le 2 décembre 2020 à la demande du Dr M.\_\_\_\_\_, par le Dr [...] du Centre d'Imagerie [...], n'a pas montré d'anomalie médiastinale ou pulmonaire ni de la paroi thoracique.

A la demande de l'assureur perte de gain, les Drs O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en cardiologie auprès du Centre d'expertise F.\_\_\_\_\_ (Centre d'expertise F.\_\_\_\_\_), ont réalisé une expertise bidisciplinaire les 13 et 17 novembre 2020 avec un volet orthopédique et cardiologique qui a fait l'objet d'un rapport. Sous l'angle orthopédique, la Dre O.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs atypiques au niveau des deux épaules (plus marquées à gauche), de

suspicion de bursite sous-acromio-claviculaire de l'épaule gauche (M755) et de douleurs thoraciques aspécifiques (R07.4). Elle a retenu le diagnostic de suspicion de bursite sous-acromio-claviculaire sur la base d'une échographie de l'épaule gauche réalisée le 20 novembre 2020 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lequel, dans un rapport du même jour, a conclu que l'assurée présentait une tendinose calcifiante du sus-épineux et une bursite sous-acromiale. La Dre O.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail était alors de 50 % dans l'activité habituelle, étant précisé que l'assurée ne prenait pas d'antidouleurs et qu'une séance d'ostéopathie tous les quinze jours et de la physiothérapie une fois par semaine amélioreraient les douleurs, de sorte qu'en suivant ce traitement, la capacité de travail dans l'activité habituelle était susceptible d'être augmentée. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %. Une telle activité pourrait être un ménage plus léger « style cuisine » ou nettoyages chez un particulier, car les déplacements de charges lourdes, de poubelles de 10 kg et le lavage des vitres n'étaient pas adaptés. Le Dr B.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, relevé, sous l'angle cardiologique, que l'examen clinique était strictement normal, de sorte que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était entière. Il a relevé le bon résultat de la thérapie ablative sur le plan rythmique, qu'il n'y avait pas de lien établi entre les douleurs thoraciques alléguées et la thérapie conduite et qu'il n'y avait pas d'argument pour une pathologie ischémique myocardique.

Dans un rapport médical du 29 janvier 2021, le Dr M.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post thermoablation flutter auriculaire, de discopathie C5-C6 avec canal cervical étroit et de status post péricardite post thermoablation. Il relevait qu'une reprise du travail était alors impossible, en raison de la douleur thoracique bilatérale persistante. Le médecin émettait un pronostic favorable à moyen/long terme quant au fait que l'assurée pourrait un jour recouvrer une pleine capacité de travail, une fois que la situation sur le plan des douleurs serait stabilisée. Il indiquait que l'assurée avait dû diminuer de manière importante ses activités ménagères et qu'elle se faisait aider par sa fille ou des amis, dans ses tâches quotidiennes.

Le 29 janvier 2021 également, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) dorsale a été réalisée par le Dr [...], spécialiste en radiologie au Centre d'Imagerie [...]. Dans son rapport du même jour, ce médecin a mis en évidence une suspicion de bursite sous-acromiale droite (épaule droite partiellement visualisée sur la séquence coronale) et a conclu à une IRM dorsale dans les limites de la norme.

Le 5 février 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de douleurs thoraciques, cervicales et dorsales d'origine inconnue, liées peut-être à un syndrome de Tietze ou à une fibromyalgie, et de status post thermoablation flutter auriculaire et le diagnostic sans impact sur la capacité de travail de nodule à la thyroïde. La capacité de travail de l'assurée était toujours nulle en raison de ses douleurs, malgré le traitement antalgique et les séances de physiothérapie.

Dans un rapport médical du 27 avril 2021, la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics de thermoablation flutter auriculaire avec probable péricardite post intervention et de discopathie C5-C6. Elle relevait que l'intéressée se plaignait de dyspnée, de palpitations et de douleurs thoraciques. La capacité de travail de l'assurée, basée uniquement sur la problématique cardiaque, sans prise en compte du problème ostéoarticulaire, était de 60 à 80 % dans une activité adaptée. Le médecin retenait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités uniquement en position assise, uniquement en position debout ou exercée principalement en marchant, pas de montée sur une échelle ou un échafaudage et pas de port de poids supérieurs à 5 kg.

En mai 2021, la Dre W. \_\_\_\_\_ a indiqué que le dernier bilan cardiologique de l'assurée était globalement normal et qu'il n'y avait pas eu de récurrence de flutter auriculaire ni d'autre arythmie. Du point de vue cardiologique, l'assurée était limitée dans ses activités, en ce sens qu'elle devait éviter des efforts physiques intenses, ainsi que le stress

psychologique. En respectant ces limitations, c'est-à-dire en limitant l'intensité et la durée de ses activités, l'assurée pouvait reprendre son activité habituelle.

À la suite d'une échographie du 21 juin 2021 de l'épaule droite, la Dre [...], spécialiste en radiologie auprès du Centre d'imagerie [...], a posé les diagnostics de bursite sous-acromiale, de tendinopathie du sus-épineux distal et de tendinite calcifiante du sous-épineux, dans un rapport du 22 juin 2021.

Dans un rapport du 11 octobre 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de flutter auriculaire avec status post ablation, d'isthme cavo-tricuspidien avec douleur thoracique itérative et dyspnée, de polyarthralgies (épaules droite et gauche et cheville droite), de bursite acromio-claviculaire droite et gauche et d'état anxio-dépressif réactif. Les limitations fonctionnelles étaient une dyspnée d'effort avec palpitations et douleur thoracique atypique, une fatigue, ainsi que des douleurs liées à la mobilité des épaules droite et gauche et de la cheville gauche. L'assurée était suivie sur le plan cardiologique et rhumatologique, bénéficiait d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie et avait subi des infiltrations. L'incapacité de travail était toujours totale.

La Dre R. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a rendu un avis médical le 3 février 2022, dans lequel elle a apprécié, sur la base des rapports médicaux au dossier, la situation de la recourante de la manière suivante :

« Sur le plan cardiologique et sur la base des documents à disposition et de l'expertise du Centre d'expertise F. \_\_\_\_\_, nous n'identifions pas d'atteinte justifiant une IT [incapacité de travail] prolongée après l'hospitalisation de février 2020.

Sur le plan ostéo-articulaire, en raison de la problématique de tendinopathie calcifiante du tendon supra-épineux et bursite sous-acromiale identifiée lors de l'expertise au Centre d'expertise F. \_\_\_\_\_, des LF [limitations fonctionnelles] du membre supérieur G sont plausibles. A ce moment, même si une CT [capacité de travail] de 100% était envisagée dans une activité adaptée, l'état n'était pas stabilisé car un potentiel thérapeutique devait être encore exploité. En outre, nous notons que l'expert ne discute pas le rôle de la hernie cervicale dans les douleurs.

Globalement, les expertises sont très succinctes, le dossier est lacunaire. Il semblerait qu'un orthopédiste, le Dr J. \_\_\_\_\_ ait été consulté.

Au vu de ce qui précède, nous adressons un courrier avec des questions au généraliste Dr M. \_\_\_\_\_ ».

Le 10 février 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire du 3 février 2022 de l'OAI comme suit :

- « **1) Quelle est l'évolution de l'état de santé de votre patiente après l'hospitalisation à [...] de février 2020, respectivement depuis votre dernier rapport médical ?**
- Evolution fluctuante sans amélioration significative
- 2) Quels sont les diagnostics les diagnostics réactualisés avec répercussion sur la CT actuellement ?**
- Sp thermo - ablation flutter auriculaire
  - Discopathie C5 - C6 avec canal cervical étroit
  - Sp péricardite post - thermoablation
- 3) Et les diagnostics sans répercussion sur la CT ?**
- -
- 4) Quelles sont les plaintes subjectives ?**
- Douleurs thoraciques invalidantes épaules DDC [des deux côtés] limitation mobilité et force musculaire
- 5) Quelles sont vos constatations cliniques objectives ?**
- Morphotype et hypercyphose dorsale. Hypermobilité en D5 - D6 et D6 - D7 avec zone d'irritation concordante à gauche avec douleurs costovertébrales antérieures associées, il n'y a pas de déficit sensitif et moteur. L'examen des épaules est dans la norme, il n'y a pas de signe conflit ou de tendinopathie
- 6) Quel est le traitement actuel ? La compliance est - elle adéquate ?**
- Co - Dafalgan en réserve
  - Pantoprazole 20mg
  - Très bonne compliance
- 7) Les propositions thérapeutiques concernant la problématique de l'épaule G formulée par l'experte orthopédiste du C'entre d'expertise F. \_\_\_\_\_ ont - elles été suivies ? Si oui avec quel résultat ? Si non pourquoi ?**
- Suivi en cours ; proposition d'infiltration selon évolution
- 8) D'autres prises en charge, bilans, avis spécialisés ont - ils été effectués ou sont - ils prévus ?**
- Suivi rhumato : Dr. X. \_\_\_\_\_
  - Suivi cardio : Dre. W. \_\_\_\_\_
- 9) Les expertises du C'entre d'expertise F. \_\_\_\_\_ concluent à l'absence d'atteinte cardiologique active fin 2020 et à une CT de 100% tenant compte des LF de l'épaule gauche. Dans votre RM du 29.01.2021 vous estimez que la CT est nulle, même dans une activité adaptée. Pourriez-vous expliquer votre point de vue SVP ?**
- Depuis l'intervention cardiaque, la patiente présente des thoracodynies invalidantes avec diminution de la mobilité ; malgré les différentes investigations et les traitements proposés à ce jour, on ne note pas d'amélioration.
- 10) La participation d'une dimension fonctionnelle vous paraît - elle possible ?**

- Oui, j'ai proposé à ma patiente un suivi psychologique pour la composante fonctionnelle et l'état anxio-dépressif réactif.
- 11) Quelle est la capacité de travail, respectivement dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ?**
- Environ 20 %
- 12) Et dans la sphère ménagère ?**
- Travail posté sans port de charge
- 13) Merci de fournir une description précise et détaillée des limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes incapacitantes retenues ?**
- -
- 14) Des mesures de réadaptation sont - elles envisageables actuellement ?**
- Selon proposition rhumatologique, physiothérapie posturales
- 15) Quel est votre pronostic ?**
- Bon à moyen / long terme ».

Le 14 avril 2022, la Dr R.\_\_\_\_\_ du SMR a, dans un avis médical, apprécié la situation de l'assurée de la manière suivante :

« Il n'y a pas d'élément suggérant une aggravation depuis l'expertise de fin 2020. En se basant sur ses conclusions, il existe a priori une CTA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% depuis l'expertise. Toutefois, l'origine des douleurs n'est toujours pas clarifiée. Une dimension fonctionnelle n'est pas exclue compte tenu de la surcharge soupçonnée par les experts. Compte tenu du suivi rhumatologique en cours auprès du Dr X.\_\_\_\_\_ nous vous proposons d'interroger ce médecin (RM [rapport médical] initial et copie de ses rapports de consultation et des bilans réalisés par ses soins). Comme le dernier RM du cardiologue remonte à un an, nous vous proposons de demander également un RM intermédiaire au Dr W.\_\_\_\_\_ avec copie des derniers bilans cardiologiques ».

Le même jour, l'OAI a transmis à la Dre W.\_\_\_\_\_ un questionnaire auquel elle a répondu le 24 mai 2022 comme suit :

- « **1. Quel est le diagnostic précis ayant actuellement une répercussion sur la capacité de travail ?**  
Cardiopathie rythmique avec status post-thermo-ablation de flutter auriculaire typique en février 2020 sans récurrence depuis.
- 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?**  
Du point de vue cardiologique, l'évolution est bonne n'ayant pas objectivé de récurrence de flutter auriculaire ou autre arythmie supra-ventriculaire ou ventriculaire. Il persiste néanmoins des douleurs thoraciques atypiques mais probablement pas d'origine cardiaque.
- 3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)**  
Du point de vue cardiologique strictement, en prenant en compte les antécédents rythmiques, dans une activité adaptée où il n'y a pas de stress physique sous forme de poids lourds à porter, pas de stress

psychologique et pas d'activité de nuit, il n'y a pas de limitation si ces critères sont respectés.

**4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)**

Cf réponse point 3

**5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?**

Cf réponse point 3 : limitation au poids, pas de travail de nuit et limitation au stress psychologique.

**6. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?**

Arrêt de travail par mes soins à 100 % du 15.06.20 au 19.06.20. Les autres arrêts de travail ont probablement été gérés par le médecin traitant.

**7. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?**

Actuellement, aucun traitement sous forme de Béta-bloquant, uniquement de l'Amlodipine 5 mg en réserve si pics hypertensifs.

Globalement, durant tout le suivi cardiologique, la compliance de la patiente face aux différents traitements et prises en charge thérapeutiques proposés, a été très bonne.

**8. Autres remarques**

Aucune ».

A la demande de l'OAI, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a établi le 6 septembre 2022 un rapport médical dans lequel il a posé le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies dorsalgies chroniques et le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de status post thermoablation en février 2020. Il a relevé que l'assurée avait signalé depuis juin 2020 l'apparition d'omalgies bilatérales prédominant à droite ayant fait l'objet d'une infiltration le 21 juin 2020 avec une évolution lentement favorable et qu'elle se plaignait également de thoracalgies et de douleurs sternocostales persistantes, d'allure mécanique, météodépendantes, qui s'exacerbaient lors de mouvements en porte-à-faux. Les symptômes que présentait l'assurée étaient alors les suivants : hypercyphose dorsale, hypomobilité segmentaire D5-D6 et D6-D7, zone d'irritation concordante à droite avec douleurs costovertébrales antérieures associées, absence de signe de conflit ou de tendinopathie au niveau des épaules, absence de signe de synovite ou de ténosynovite. Le médecin concluait à des thoracalgies sur dysfonction segmentaire thoracique et troubles statiques (avec hypercyphose). Il estimait que la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, dans son activité habituelle, car elle travaillait à 50 % jusqu'en 2019, et était de 80 %, voire 100 % dans une activité respectant ses

limitations fonctionnelles, soit ne nécessitant ni de mouvements en porte-à-faux de manière répétitive ni de port de charges d'un poids supérieur à 5 kg au-dessus de l'horizontal de manière répétitive. Il précisait que les actions de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de soulever/porter n'étaient exigibles qu'à hauteur de 50 % du temps d'activité de l'assurée et l'action de monter sur une échelle ou un échafaudage qu'à 20 %. S'agissant de l'accomplissement de ses tâches ménagères, les atteintes dont souffrait l'assurée limitaient ses possibilités d'utiliser l'aspirateur et d'effectuer des à-fonds au-dessus de l'horizontal.

Le 29 septembre 2022, la Dre R. \_\_\_\_\_ a établi un rapport d'examen SMR, dans lequel elle a retenu que l'assurée avait été en incapacité de travail totale à partir du 6 décembre 2019, mais disposait, depuis le 13 novembre 2020, d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire pas de mouvements en porte-à-faux de manière répétitive, pas de déplacements de charges lourdes (poubelles de 10 kg), éviter les activités prolongées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale (vitres) et le travail en hauteur (échelle). Son appréciation de la situation était la suivante :

« Au vu de ce qui précède, cette assurée a présenté une IT de 100% initialement en raison des troubles rythmiques présentés fin 2019 et de douleurs thoraciques mises sur le compte d'une probable péricardite post thermoablation cardiologique. Par la suite, les douleurs thoraciques invoquées dans la poursuite des IT attestées par le Dr M. \_\_\_\_\_ et par la cardiologue traitante ne sont pas d'origine cardiaque. L'évolution sur le plan cardiologique reste tout à fait favorable et il n'y a pas d'IT durable à invoquer pour cette atteinte. Sur la base de l'expertise du C'entre d'expertise F. \_\_\_\_\_, nous retenons une CT de 100% dans toute activité au plus tard dès le 13.11.2020 (date de l'examen cardiologique d'expertise). Actuellement, les LF proposées par la cardiologue traitante ne trouvent pas de justification sur le plan cardiologique.

En ce qui concerne l'atteinte des épaules retenue lors de l'expertise orthopédique du C'entre d'expertise F. \_\_\_\_\_, l'évolution est également favorable.

Par rapport aux thoracodynies/dorso-lombalgies dont l'assurée continue à se plaindre, elles s'inscrivent possiblement dans le cadre de la dysfonction segmentaire thoracique et de troubles statiques avec hypercyphose tels que retenus par le Dr X. \_\_\_\_\_, sans qu'une participation fonctionnelle ne puisse être totalement exclue.

Dans tous les cas, il s'agit d'une atteinte de faible gravité, sans déficit sensitivo-moteur. A la rigueur, on peut admettre la poursuite d'une CT résiduelle de 50% dans une activité de femme de ménage qui ne respecterait pas les LF proposées par le Dr X. \_\_\_\_\_ soit :

éviCTION des mouvements en porte-à-faux de manière répétitive. Par contre la CT est entière dans toute activité adaptée, comme le confirme le Dr X.\_\_\_\_\_.

Au final, la CT est entière dans toute activité adaptée depuis novembre 2021 (sic) au plus tard (date de l'expertise du C'entre d'expertise F.\_\_\_\_\_). »

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 10 octobre 2022, dont il ressort que, lors de l'entretien, l'assurée a eu de la peine à définir le taux auquel elle exercerait une activité lucrative, sans atteinte à sa santé, celui-ci se situant entre 50 et 100 %. Compte tenu des dires de l'assurée, de sa situation financière difficile (celle-ci bénéficiant du revenu d'insertion), de son âge et celui de ses enfants, l'évaluateur a proposé un statut d'actif à 100 %. Il a ajouté :

« Au cas où le statut ne serait pas suivi, les empêchements ménagers ont tout de même été évalués. Il en ressort qu'après le délai de carence de 1 année, à savoir à partir de 12.2020, l'assurée avait une CT de 50% dans son activité habituelle de femme de ménage. En prenant en compte cette constatation, le fait qu'aucun rendement ne soit attendu dans ses travaux ménagers à domicile lui permettant de séquencer les tâches sur la semaine, des stratégies en place pour faciliter ses activités (balai, plumeau, chariot à roulette, étendage à hauteur) ainsi que de l'aide exigible de la part des membres de la famille, notamment sa fille de 18 ans, les empêchements finaux sont de 0%.

Sa fille aînée apporte une aide pour les travaux lourds et demandant des mouvements répétitifs en force tels que l'aspirateur, la serpillière, le transport des corbeilles de linge, le nettoyage de la baignoire ou les nettoyages en à fond (aide exigible). À savoir que l'assurée peut tout de même passer l'aspirateur ou la serpillière en séquencant l'activité par pièce. Elle a aussi su trouver des stratégies compensatoires, comme utiliser un chariot à roulette pour faire ses courses, privilégier le balai ou encore répartir ses déchets dans des sacs moins lourds pour pouvoir les éliminer. »

Le 23 novembre 2022, l'OAI a rendu un projet de décision, dans lequel il a retenu que l'assurée, en raison de ses problèmes de santé, avait présenté une incapacité de travail entière depuis le 6 décembre 2019, puis à 50 % dès le 13 novembre 2020. A l'échéance du délai d'attente d'une année, sa capacité de travail dans son activité habituelle de femme de ménage était ainsi de 50 %. Toutefois, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements en porte-à-faux de manière répétitive, pas de déplacements de charges lourdes [poubelles de 10 kg], éviter les activités prolongées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale [vitres] et le travail en hauteur

[échelle]), sa capacité de travail exigible était estimée à 100 %. L'OAI retenait ainsi que l'assurée pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, ou dans le contrôle de qualité. Pour calculer le préjudice économique de l'assurée, l'OAI a comparé le revenu qu'elle réalisait avant son atteinte à la santé dans son activité habituelle avec le revenu, fondé sur les données salariales statistiques, auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée à plein temps. Il n'en ressortait aucun préjudice économique. En conséquence, l'OAI niait à la recourante le droit à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles.

Par décision du 18 janvier 2023, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée le 29 juillet 2020 par l'assurée.

**B.** Désormais représentée par Me Butrint Ajredini, Q.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 20 février 2023, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rentière entière de l'assurance-invalidité dès le 19 décembre 2020 avec intérêts à 5 % l'an depuis cette date. Elle sollicitait également qu'un délai lui soit octroyé afin qu'elle puisse compléter son mémoire de recours, car elle avait tardivement consulté son conseil, lequel n'avait pas encore eu accès à son dossier auprès de l'OAI, ni aux pièces utiles dont disposait son médecin traitant. Dans son recours, elle faisait cependant déjà valoir qu'en raison de ses douleurs qui la rendaient notamment incapable de faire son ménage, une rente entière d'invalidité aurait dû lui être accordée.

Le 10 mars 2023, soit dans le délai imparti à cet effet par le juge instructeur, la recourante a complété son mémoire de recours et maintenu ses conclusions. En substance, elle a fait valoir que son état de

santé ne lui permettait pas de travailler à un taux supérieur à 20 % dans une activité adaptée et qu'il l'empêchait de réaliser ses tâches ménagères, de sorte qu'une pleine rente d'invalidité aurait dû lui être allouée. Subsidiairement, elle contestait le montant du revenu avec invalidité utilisé par l'OAI pour calculer son taux d'invalidité, en lien avec l'activité adaptée exigible. En outre, elle considérait que, dans la mesure où il était admis que sa capacité de travail dans son activité habituelle ne s'élevait qu'à 50 %, un taux d'invalidité d'au moins 50 % aurait dû lui être reconnu.

L'intimé a déposé une réponse le 13 avril 2023, au terme de laquelle il a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a rappelé des éléments ressortant de l'avis médical du SMR du 3 février 2022.

### **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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, elle fait suite à une demande de prestations déposée en juillet 2020 concernant une atteinte à la santé durable ayant débuté en décembre 2019, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait en janvier 2021 (art. 29 LAI). Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

**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).

**c)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

**aa)** Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

**bb)** Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché

d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

**cc)** Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis al. 2 à 4 RAI, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021).

**d)** Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la

décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées).

**e)** En l'espèce, l'intimé a fait application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en se fondant sur l'évaluation économique sur le ménage réalisée le 10 octobre 2022. Lors de l'entretien tenu en vue de cette évaluation, l'assurée a indiqué qu'elle avait de la peine à définir le taux auquel elle exercerait une activité lucrative si elle était en bonne santé, celui-ci se situant entre 50 et 100 %. Sur la base de ces déclarations, tenant par ailleurs compte de l'âge de la recourante, soit 49 ans, et de celui de ses enfants, soit respectivement 18 ans et 12 ans, de sa situation financière difficile (elle bénéficie du revenu d'insertion) et du fait qu'elle est séparée, l'évaluateur a proposé un statut d'actif à 100 %. Ce statut n'étant pas contesté par la recourante dans ses écritures, il y a lieu de confirmer la décision attaquée sur ce point, l'analyse de l'évaluateur étant au demeurant correcte. On relèvera encore que, dans un premier temps, la recourante avait indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait au taux de 50 %, pour s'occuper de ses deux enfants mineurs (cf. formulaire de détermination du statut du 19 octobre 2020). Or, sa fille aînée a atteint l'âge de la majorité en 2022, de sorte que les circonstances qui commandaient que la recourante restreigne son taux d'activité à 50 % ont évolué et justifient dorénavant une augmentation de celui-ci.

En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a fait usage de la méthode générale de comparaison des revenus pour évaluer le degré d'invalidité de la recourante.

**5. a)** 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).

**b)** 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).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier

3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et 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 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 et les références citées).

**c)** En l'espèce, l'intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante dès le 13 novembre 2020 était de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements en porte-à-faux de manière répétitive, pas de déplacements de charges lourdes [poubelles de 10 kg], éviter les activités prolongées des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale [vitres] et le travail en hauteur [échelle]), en se fondant sur l'expertise bidisciplinaire orthopédique et cardiologique des Drs O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du C'entre d'expertise F.\_\_\_\_\_ et le rapport médical du 6 septembre 2022 du Dr X.\_\_\_\_\_. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de cette expertise et de ce rapport médical.

**aa)** Le rapport d'expertise des Drs O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du C'entre d'expertise F.\_\_\_\_\_ ne remplit manifestement pas les réquisits exigibles d'une évaluation pluridisciplinaire de ce niveau. En effet, ce rapport est extrêmement succinct, quinze pages en tout. Les anamnèses (il y en a une pour chaque volet) sont pauvres et ne font que répéter des éléments factuels qui figurent dans les autres brefs rapports médicaux au dossier, sans aucune plus-value. En particulier, la journée-type de l'assurée n'est pas décrite, alors qu'il s'agit d'un élément fondamental afin de déterminer l'impact de ses limitations fonctionnelles dans sa vie quotidienne, qui semble non négligeable (cf. évaluation économique sur le

ménage du 10 octobre 2022). Les médecins n'ont pas échangé avec les médecins traitants de l'assurée, alors qu'ils n'ont eu qu'un seul entretien avec l'intéressée, et n'ont pas non plus demandé son dossier médical complet. En outre, le rapport d'expertise est en réalité constitué de deux rapports distincts, un pour chaque volet médical, sans rapport de synthèse, ni discussion, ni évaluation globale de la situation de la recourante. Les éléments pertinents doivent être recherchés dans les rapports rédigés séparément par chacun des spécialistes dans son domaine de compétence. Ce procédé ne correspond clairement pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire.

S'agissant du volet orthopédique, la Dre O.\_\_\_\_\_ décrit les plaintes de la recourante qu'elle a examinée le 17 novembre 2020, expose ses constatations cliniques, puis pose des diagnostics, sans aucune explication, et enfin arrête la capacité de travail de la recourante, toujours sans faire le lien entre les constatations cliniques et les diagnostics retenus. L'expertise étant dénuée de toute discussion, il est impossible de comprendre les raisons ayant conduit l'experte à retenir ou écarter un diagnostic plutôt qu'un autre, hormis le syndrome de Tietze qu'elle rejette lapidairement en raison de l'absence de douleur à la palpation des clavicules, des articulations sterno-claviculaires, du sternum et des articulations costo-sternales. On ignore également à quelles plaintes de la recourante correspondent les diagnostics retenus et si ces derniers tenaient compte et expliquaient toutes les douleurs ressenties par l'intéressée. En outre, l'experte n'a pas exposé pourquoi elle retenait une pleine capacité de travail, alors que, d'après le médecin traitant, celle-ci était nulle. Son rapport est par ailleurs lacunaire en tant qu'il n'examine pas tous les diagnostics envisagés. Ainsi, elle ne discute pas les diagnostics de tendinose calcifiante du sus-épineux posé par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 20 novembre 2020 à son attention et d'hernie discale bilatérale avec canal cervical étroit retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_ (cf. certificat médical du 1<sup>er</sup> septembre 2020), ni leur rôle dans les douleurs ressenties par la recourante. Enfin, elle ne se détermine pas sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis décembre 2019.

En ce qui concerne le volet cardiologique de l'expertise (qui tient sur 3 pages), des critiques similaires peuvent être formulées. Le rapport ne contient aucune discussion. L'expert se contente de formuler ses constatations cliniques de la manière la plus brève possible, puis conclut à une pleine capacité de travail dans toute activité, sans autre explication. Il ne se détermine pas sur une éventuelle cause de nature cardiaque de la dyspnée et des palpitations dont souffre la recourante dans certaines situations, notamment lorsqu'elle est stressée, alors que la Dre W.\_\_\_\_\_ fait un tel lien dans ses rapports médicaux postérieurs à l'expertise (cf. rapports médicaux du 27 avril 2021, de mai 2021 et du 24 mai 2022). L'expert n'examine pas non plus si des activités particulières devraient être évitées par la recourante, afin d'éviter un nouvel épisode de flutter auriculaire comme en décembre 2019 ou toute autre forme d'arythmie.

En conséquence, l'OAI ne pouvait pas se fonder sur les rapports d'expertise des Drs O.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ du C'entre d'expertise F.\_\_\_\_\_ pour déterminer la capacité de travail de la recourante. D'ailleurs, dans son avis médical du 3 février 2022, la Dre R.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les expertises précitées étaient très succinctes et que le dossier était lacunaire, relevant que l'experte orthopédique n'avait pas discuté le rôle de la hernie cervicale dans les douleurs. Pourtant, sans aucune explication, la même médecin du SMR a finalement reconnu une pleine valeur probante à ces expertises, alors qu'aucun expert orthopédique ou cardiologue n'avait validé leurs conclusions (cf. rapport d'examen du 29 septembre 2022).

**bb)** Le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2022 prend, quant à lui, la forme du formulaire 002.099 de l'OAI (version 01.2018) et est donc extrêmement succinct. Il ne comporte pas d'anamnèse de l'assurée, ni de discussion quant aux diagnostics retenus, ni n'expose quels diagnostics auraient été exclus et pour quelles raisons. Il n'indique pas non plus quels éléments lui permettent de conclure que la recourante disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations, alors que cela est réfuté par de nombreux

rapports médicaux au dossier. En conséquence, ce rapport médical ne remplit pas non plus les réquisits précédemment exposés pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Il ne porte en outre que sur les atteintes rhumatologiques de la recourante et ne serait, dans tous les cas, pas suffisant à lui seul pour confirmer la décision attaquée.

**cc)** On relève encore que, d'une manière générale, aucun des rapports médicaux sur lesquels s'est fondé l'OAI n'explique la cause des douleurs ressenties par la recourante. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a émis l'hypothèse qu'il s'agisse d'une fibromyalgie (cf. rapport médical du 5 février 2021), mais ce diagnostic n'a pas été investigué par l'intimé.

**d)** Pour le reste, les autres rapports médicaux au dossier qui se déterminent sur la capacité de travail de la recourante - qui sont en contradiction avec les conclusions de l'expertise et du rapport sur lesquels s'est fondé l'OAI, en ce sens qu'ils reconnaissent une capacité de travail de la recourante bien moins importante - ne remplissent pas non plus les réquisits pour qu'une pleine valeur probante leur soit reconnue. Ils sont très brefs et pas plus étayés que le rapport médical du Dr X.\_\_\_\_\_, la majorité ayant été réalisée sur la base du même formulaire de l'OAI ou sur la base de questionnaires de cet office qui n'établissent pas la situation globale de l'intéressée. En outre, ils émanent principalement des Drs M.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, soit le médecin traitant et la cardiologue traitante de la recourante, lesquels, du fait de la relation thérapeutique et du rapport de confiance qui les lient à leur patiente, sont dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (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).

**6. 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 LPG). 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 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 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**c)** 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 possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En l'occurrence, il s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis décembre 2019, d'un point de vue cardiologique, rhumatologique, neurologique, voire psychiatrique. Une fois ce complément entrepris, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus.

**e)** Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, ni d'examiner ses griefs en lien avec le calcul de son préjudice économique.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie 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 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 18 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et 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 Q. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Butrint Ajredini (Q. \_\_\_\_\_),
- 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 :