

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2024

Composition : Mme LIVET, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffière : Mme Toth

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 28b et 59 al. 2bis LAI.

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exerçant la profession de femme de ménage à temps partiel, a déposé le 24 mai 2022 par l'intermédiaire de son conseil, Me Olivier Carré, une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), annonçant être en incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2021 en raison de problèmes lombaires et d'atteintes aux membres inférieurs. Elle a transmis en annexe à sa demande les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} mars 2021 relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombo-sacrée réalisée le 26 février 2021 par le Centre de radiologie du Q._____ concluant à une discopathie « Modic II » et rétrolisthesis de grade I de L1 sur L2 sans signe de conflit disco-radiculaire, à un rétrécissement canalaire de type sténose modérée à sévère de grade B en L3-L4 et L4-L5 de type dégénératif et constitutionnel et à une importante arthrose zygapophysaire étagée, hypertrophiante, sévère en L4-L5 et L5-S1 ;

- un rapport du 17 mars 2021 relatif à une IRM de l'encéphale réalisée le 16 mars 2021 par le Centre d'imagerie médicale du Q._____ en raison de troubles de la marche et de l'équilibre, concluant à un status de l'encéphale et de la fosse postérieure normal ;

- un rapport du 8 juin 2021 relatif à une IRM cervicale et dorsale réalisée le jour-même par le Centre d'imagerie médicale du Q._____ concluant à une absence de canal cervical étroit, à une barre uncarthrosique non compressive au niveau de l'émergence des racines cervicales, à une absence d'anomalie de la charnière crano-rachidienne, à une « cyphose dorsale accentuée mais bombement sous ligamentaire du disque en D9-D10, mais sans hernie véritable avec un appui modéré vers les foramens de sortie de D10, mais sans conflit direct avec ses racines ».

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 7 juin 2022.

Le 22 juin 2022, l'OAI a procédé à un résumé de la situation personnelle et médicale de l'assurée et a en particulier dressé la liste suivante des médecins auprès desquels un suivi était en cours : Dr T._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, Dr G._____, spécialiste en angiologie, Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint au sein de l'Hôpital S._____, et Dre N._____, spécialiste en neurochirurgie.

Répondant le 26 juin 2022 au questionnaire de détermination du statut soumis par l'OAI, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 60 à 70 % en qualité de femme de ménage depuis la fin de ses précédents rapports de travail, afin « d'assurer son AVS », le 30 à 40 % restant devant lui permettre d'assumer les tâches ménagères.

Le 11 juillet 2022, l'assurée, par son conseil, a notamment transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport du 7 avril 2021, par lequel le Dr H._____ a expliqué que sa patiente ne travaillait plus depuis une année pour des problèmes de pied. Celle-ci décrivait des difficultés à la marche depuis environ un mois et demi, qui semblaient importantes, avec un périmètre de marche de l'ordre de quelques minutes avant de devoir faire une pause. Le médecin précité a indiqué qu'à l'interrogatoire, il ne retrouvait pas de véritable radiculopathie, ni de paresthésie, la symptomatologie étant toutefois assez typique en termes de claudication. L'examen clinique restait rassurant, la marche sur les talons et les points étant possible. En outre, il n'existait pas de déficit sensitif évident ni de signe de Lasègue. Au vu de l'IRM réalisée, il ne retenait pas d'indication chirurgicale mais proposait de réaliser une infiltration épidurale afin d'améliorer la symptomatologie ;

- un rapport du 16 avril 2021 du Service d'imagerie médicale de l'Hôpital S._____, dont il ressort que l'assurée a subi une infiltration épidurale L4-L5 le jour-même ;

- un rapport du 27 mai 2021, par lequel le Dr H._____ a indiqué que la patiente avait connu une amélioration partielle après l'infiltration, mais que les douleurs étaient revenues. Il n'a pas proposé de traitement en l'état, sachant que l'assurée gardait une certaine autonomie et que les douleurs semblaient supportables ;

- un rapport du 12 octobre 2021, par lequel le Dr G._____ a posé les diagnostics vasculaires d'insuffisance veineuse d'origine superficielle de stade C2 à gauche sur incontinence de la petite saphène (varices réticulaires bilatérales, sans mise en évidence d'incontinence du réseau saphénien à droite ni de reflux profond, absence de varices tronculaires des deux côtés) et de lipoedème de stade 3 et de grade II. Le médecin précité a indiqué que sa patiente souffrait d'un canal lombaire étroit, avec une hypertension artérielle et une obésité morbide ; elle présentait des douleurs, avec une lourdeur à la marche au niveau des membres inférieurs pour lesquelles elle sollicitait un avis angiologique. Le Dr G._____ a proposé un traitement conservateur, avec l'application de Lyman Emgel et l'introduction d'un veinotonique en association avec le port de bas de compression de classe II. Selon lui, l'instauration de séances de drainage lymphatique pouvait également être utile, d'autant plus si les séances étaient suivies du port d'une compression élastique ;

- un rapport du 12 avril 2022, dans lequel le Dr G._____ a constaté que les drainages lymphatiques avec le port de bas de compression tricotés à plat et sur mesure avaient un effet limité sur la symptomatologie. Dès lors et après discussion, il a noté que l'assurée souhaitait s'orienter vers une prise en charge universitaire. Le Dr G._____ l'a donc adressée à la Prof. [...], spécialiste en angiologie et en médecine interne générale et médecin cheffe au Service d'angiologie du Centre K._____ (ci-après : le K._____), pour la réalisation d'examens

supplémentaires dans le but d'une éventuelle prise en charge chirurgicale par liposuction.

Aux termes d'un rapport du 17 août 2022 à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics incapacitants de « rétrécissement canalaire sténose de grade B en L3-L4 et L4-L5 » depuis mars 2021 et de lipoedème de type 3 et de grade III depuis 2021. Il a noté que sa patiente souffrait de troubles de la marche et de l'équilibre avec parfois des chutes, ainsi que d'une obésité. Les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à la marche avec un périmètre de marche limité et des lombalgies. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2021, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, et l'on ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, la situation se péjorant.

Répondant aux questions soumises par l'OAI, le Dr T._____ a indiqué, le 1^{er} novembre 2022, que l'état de sa patiente était stationnaire. Il retenait les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport et indiquait comme limitations fonctionnelles une limitation à la marche avec un périmètre de marche limité à 200 mètres, la fille de l'assurée l'accompagnant constamment. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de sa patiente, le médecin traitant a indiqué que celle-ci était actuellement sans activité lucrative. Le Dr T._____ a également noté qu'il était difficile de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sur d'éventuelles mesures de réadaptation ou sur un pronostic.

Aux termes d'un avis du 22 décembre 2022, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a en particulier estimé nécessaire de requérir un rapport du Service d'angiologie du K._____, où l'assurée avait été convoquée, d'interroger les Drs G._____ et H._____ car ceux-ci n'avaient pas apprécié les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de leur patiente, et de demander un status plus précis

au Dr T._____, pour qu'il puisse étayer ses appréciations quant à la capacité de travail.

Par rapport du 20 janvier 2023 à l'OAI, le Dr H._____ a indiqué n'avoir pas revu l'assurée depuis le 27 mai 2021. Il ne pouvait donc pas se positionner sur l'évolution de son état de santé, ni sur les limitations fonctionnelles.

Par rapport non daté reçu le 25 janvier 2023 par l'OAI, le Dr T._____ a en particulier indiqué quant au statut ostéoarticulaire que la « marche talon et jambe et pied » était difficile, que la distance doigt-sol était également difficile, que sa patiente souffrait de pieds plats, que la mobilité des genoux droit et gauche était limitée à 90° et que les hanches étaient sans particularité dans la rotation. Les limitations fonctionnelles découlant de ces atteintes consistaient en une limitation à la marche avec claudication neurogène limitée à environ 300 mètres et des gonalgies droite et gauche. La capacité de travail de l'assurée était selon le médecin traitant à évaluer dans une activité adaptée à ses pathologies. Le Dr T._____ a joint à son envoi un rapport du 20 janvier 2023 relatif à une radiographie du bassin et des genoux réalisée le même jour au Centre d'imagerie médicale du Q._____, lequel concluait à une absence d'anomalie au bassin et à une gonarthrose tricompartmentale bilatérale aux genoux, plus évoluée du côté gauche et prédominant en fémoro-tibiale interne.

Par rapport du 21 février 2023 à l'OAI, le Dr G._____ a exposé qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il a noté avoir proposé dans un premier temps une attitude conservatrice et, par la suite, avoir adressé sa patiente au service d'angiologie du K._____ pour une prise en charge et éventuellement une demande pour liposuction. Il s'est référé à ses rapports des 12 octobre 2021 et 12 avril 2022 pour le surplus.

Dans un courrier du 31 mars 2023 à l'OAI, le Dr M._____, médecin assistant au Service d'angiologie du K._____ a indiqué que

l'assurée avait été adressée à son service pour une suspicion de lipoedème, diagnostic qu'il n'avait toutefois pas retenu. Il a expliqué que son service n'avait posé aucun diagnostic pouvant réduire la capacité de travail de la patiente, mais évoqué un problème ostéoarticulaire pour ses symptômes.

Le Dr M._____ a joint à son envoi un rapport du 31 mars 2023 au médecin traitant, par lequel il avait, avec le Dr C._____, chef de clinique adjoint, posé le diagnostic principal d'absence de critères pour un lipoedème et de maladie veineuse superficielle des membres inférieurs (droite stade C1 et gauche « stade C2 Ep As Pr »). Les médecins du K._____ ont également retenu les diagnostics secondaires de diabète de type 2 récemment diagnostiqué, de gonarthrose et coxarthrose sévère bilatérale, ainsi que de notion de syndrome inflammatoire en cours d'investigation. La patiente suivait un traitement sous forme d'antidiabétique oral X. Les Drs M._____ et C._____ ont également fait part de ce qui suit au médecin traitant de l'assurée :

« **Conclusion :**

A l'examen angiologique du jour, nous n'avons pas d'arguments suffisants pour retenir le diagnostic de lipoedème. La patiente présente un morphotype pouvant l'évoquer, mais ceci est à pondérer à l'absence de symptômes caractéristiques (mais plutôt des douleurs d'allure mécanique voire éventuellement inflammatoire, pour lesquelles par ailleurs une polyarthrose pouvant les expliquer a été retrouvée) et à la composante ethnique du morphotype.

La patiente présente de plus une maladie veineuse superficielle des membres inférieurs, qui n'explique pas les symptômes principaux de la patiente mais qui pourrait y contribuer en partie.

Suite de prise en charge

Nous proposons une prise en charge adaptée de la pathologie arthrosique et les dépistages déjà prévus pour une maladie autoimmunitaire.

Si persistance des symptômes malgré prise en charge optimale de l'arthrose / maladie immunitaire, nous vous proposons de nous réadresser la patiente pour qu'on puisse réévaluer le diagnostic différentiel. »

Dans un rapport du 2 mai 2023, le Dr V._____ a retenu à titre d'atteinte principale à la santé un rétrolisthésis L1 sur L2 avec des lésions inflammatoires Modic II. Il a retenu à titre de pathologies associées du ressort de l'AI une sténose canalaire modérée entre L3 et L5 et une gonarthrose, et à titre de facteurs associés n'étant pas du ressort de l'AI une obésité, ainsi qu'une insuffisance veineuse superficielle des membres inférieurs. Il a listé les limitations fonctionnelles suivantes : « diminution du périmètre de marche, pas de terrain irrégulier, pas de station debout prolongée, pas accroupi/à genoux, pas de charges lourdes ni en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ni de rotation du tronc ». Le médecin du SMR a retenu que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis le 26 février 2021 dans l'activité habituelle, mais que l'assurée était capable de travailler dans une activité adaptée à 100 %. Il a ensuite fait état de ce qui suit :

« **Discussion**

Les atteintes angiologiques n'impliquent pas de LF [limitations fonctionnelles] comme le confirme le médecin du K._____.

Mme X._____ souffre d'atteintes lombaires et aux genoux compliquées par une obésité. Nous avons pu déduire les LF des status qui nous ont été rapportés par le généraliste et l'orthopédiste. Si ces LF impliquent une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle, elles sont compatibles avec une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100% en l'absence d'autres atteintes à la santé durablement incapacitantes. En effet, les douleurs lombaires et aux genoux n'ont pas nécessité des traitements lourds ni invasifs et les examens cliniques rapportent plutôt une limitation du périmètre de marche, des amplitudes des genoux. Les lombalgies impliquent un travail léger et les LF retenues en p. 1 de cet avis. Les autres éléments susceptibles de réduire les chances d'intégrer l'économie libre sont étrangers à l'assurance invalidité : âge, absence de formation, longue durée sans activité professionnelle. »

Par projet de décision du 3 mai 2023, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais qu'elle était capable de travailler à 100 % depuis toujours dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : diminution du périmètre de marche,

pas de terrain irrégulier, pas de station debout prolongée, pas accroupi/à genoux, pas de charges lourdes ni en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ni de rotation du tronc. Il a considéré que l'assurée ne subissait pas de préjudice économique donnant droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 50'290 fr. 36 et d'un revenu avec invalidité de 54'228 fr. 14 fixés sur la base des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur les salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) (à savoir le salaire pour une femme dans des services administratifs pour le revenu sans invalidité et pour des activités non qualifiées du domaine de la production et des services pour le revenu avec invalidité). L'office a également retenu qu'il n'était pas nécessaire de réaliser une enquête ménagère, malgré le statut mixte, étant donné que les limitations fonctionnelles de l'intéressée ne permettraient pas de parvenir à un taux d'invalidité global de 40 %, conformément à l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_13/2008 du 28 juillet 2008. L'assuré n'avait en outre pas droit à des mesures professionnelles, son manque à gagner durable n'atteignant pas 20 % au moins.

Le 7 juin 2023, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposée au projet de décision précité. Pour l'essentiel, elle a fait valoir que son dossier avait été insuffisamment instruit par l'OAI. Elle a exposé qu'une maladie auto-immunitaire avait été soupçonnée, sans avoir été investiguée, et que les angiologues n'étaient pas d'accord entre eux quant au diagnostic. L'assurée a également indiqué que les questions posées par l'OAI aux différents médecins consultés n'avaient pas pu obtenir les réponses souhaitées, aucun des spécialistes interpellés n'ayant pu se prononcer dans une appréciation médicale globale et synthétique. Une telle appréciation était pourtant exigée, ce d'autant plus que l'intéressée souffrait de pathologies multiples et pénibles. L'assurée a ainsi soutenu qu'une expertise pluridisciplinaire aurait dû être mise en œuvre.

Le 31 août 2023, l'assurée a complété ses objections, faisant notamment valoir que son cas était complexe, le Dr H. _____ préconisant une opération au niveau lombaire que la Dre N. _____, également très

réputée, déconseillait. Elle a maintenu sa position et adressé les pièces suivantes à l'OAI :

- un rapport du 21 août 2023, par lequel le Dr G._____ a indiqué que sa patiente présentait une obésité morbide, avec comme comorbidités une gonarthrose et une coxarthrose sévère bilatérales avec potentiellement un diabète de type II récemment diagnostiqué ; elle présentait des œdèmes de membres inférieurs avec des lourdeurs vespérales et des douleurs chroniques d'origine multifactorielle. Le spécialiste en angiologie a relevé les différences de diagnostics existants entre lui et le Service d'angiologie du K._____ et a indiqué que l'on se trouvait dans une zone grise. Il a en outre expliqué que la présence d'une obésité morbide aboutissait à des lourdeurs vespérales avec une réduction du retour veineux et par conséquent à des douleurs chroniques au niveau des membres inférieurs associées à des problèmes articulaires chez la patiente, avec un tableau clinique mixte. Le morphotype de lipoedème pouvait à son avis être évoqué compte tenu de la présence de graisse de manière pathologique au niveau des membres inférieurs dans la région sous-cutanée. A son sens, la prise en charge devait être pluridisciplinaire avec éventuellement une consultation au Centre de l'obésité dans un premier temps, laquelle constituait le nœud du problème causant donc un diabète, des douleurs articulaires, et la diminution du retour veineux, avec comme conséquence des douleurs diffuses des membres inférieurs. Le Dr G._____ a encore indiqué que la médication nécessaire pour le diabète et l'hypertension artérielle n'entraînait aucune conséquence sur le problème angiologique ;

- un rapport du 25 août 2023, par lequel le Dr T._____ a indiqué que sa patiente était suivie par le Dr H._____ pour son problème lombaire. Il a noté que sa patiente l'avait consulté pour ses douleurs au genou en janvier 2023 et qu'à la suite de cette consultation, un bilan radiologique avait été effectué avec les résultats que l'on connaissait. Il a exposé que le diabète était bien équilibré et, s'agissant de la tension artérielle, que celle-ci ne l'avait pas consulté depuis avril 2023, de sorte qu'il ne pouvait juger de son évolution.

Par avis SMR du 14 septembre 2023, le Dr V. _____ a fait état de ce qui suit :

« Me O. Carré estime que le dossier a été insuffisamment instruit pour motifs qu'une maladie auto-immunitaire est soupçonnée, que le Dr G. _____ « songe à un lipodème » alors que les médecins du K. _____ ne voient "pas suffisamment d'arguments" pour s'en convaincre. Les Dr H. _____, G. _____ et T. _____ ne peuvent se prononcer ou se mettre d'accord sur la situation, que les conséquences de l'obésité n'ont pas été déterminées (GED 08. 06. 23). Me O. Carré nous rend attentifs à un nouveau diagnostic signalé par le Dr G. _____, à savoir un diabète de type II et que les membres inférieurs présentent des œdèmes, avec une lourdeur vespérale et des douleurs chroniques d'origines multifactorielles. Il cite la présence d'une gonarthrose et coxarthrose sévères et bilatérales et la divergence d'opinion entre le Dr H. _____ qui préconise une opération au niveau lombaire, alors que la Dre N. _____ la déconseille (GED 01.09.23).

Commentaire : Dans son RM [rapport médical] du 31.03.23, le Dr M. _____ évoque effectivement des « dépistages déjà prévus pour une maladie auto-immunitaire ». Toutefois, ceci reste une hypothèse diagnostique à explorer pour comprendre l'étiologie des douleurs. L'assurée aura toujours la possibilité de déposer une nouvelle demande si une telle atteinte devait exister et provoquer des nouvelles limitations.

Dans son courrier du 21.08.23, le Dr G. _____ rapporte l'obésité morbide, la gonarthrose et la coxarthrose sévère bilatérales et un diabète de type II récemment diagnostiqué. Il revient sur le diagnostic différentiel entre l'insuffisance veineuse d'origine superficielle et le lipodème de stade 3 et de grade II. Il rappelle que ses confrères du K. _____ évoquent plutôt des douleurs de type mécanique et inflammatoire. Il conclut à un tableau mixte.

Commentaire : l'obésité morbide, la gonarthrose et la coxarthrose sévère bilatérales ont été prises en compte dans les LF que nous avons retenues. La question d'un débat concernant un diagnostic différentiel entre un lipodème et une insuffisance veineuse n'est pas du ressort du SMR. Quoi qu'il en soit, les LF qui découlent de toutes ces atteintes ne seraient pas différentes de celles retenues dans notre avis du 02.05.23. Rappelons que l'AI s'intéresse à la finalité et aux conséquences de l'atteinte à la santé et non au diagnostic en tant que tel. Les conséquences des atteintes mentionnées dans ce rapport ont été prises en compte et ce courrier n'apporte pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux qui modifient les LF.

Le Dr T. _____ rappelle dans son courrier du 25.08.2023 que le Dr H. _____ est en charge de son problème lombaire, qu'il existe une gonarthrose tricompartmentale bilatérale et que son diabète est bien équilibré. Il joint la radiographie du 20.01.23.

Commentaire : ce courrier n'apporte pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux. La radiographie du 20.01.23 avait été prise en compte durant notre instruction. Le diabète de type II est une pathologie lentement évolutive qui n'implique pas de LF à ce stade, ce d'autant qu'il est récent et qu'il est stable.

En conclusion, les courriers des Dr T. _____ et G. _____ ne comportent pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux qui soient susceptibles de modifier nos conclusions précédentes. Le seul nouveau diagnostic est le diabète de type II, qui n'est pas durablement incapacitant dans la mesure où il est trop récent pour qu'il implique des complications impliquant des LF, ce d'autant plus qu'il est stable. Les éléments consécutifs à l'obésité sont inclus dans les LF liées aux atteintes lombaires, aux genoux et aux hanches ainsi qu'aux membres inférieurs, que ce soit une insuffisance veineuse ou un lipodème. »

Par décision du 14 septembre 2023, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles, reprenant la motivation exposée dans son projet de décision du 3 mai 2023. Il a joint à son envoi un courrier du même jour en faisant partie intégrante, selon lequel le SMR avait constaté que les rapports des Drs T. _____ et G. _____ ne comportaient pas d'éléments objectifs nouveaux susceptibles de modifier ses précédentes conclusions ; le seul diagnostic récent était le diabète de type II qui n'avait pas encore engendré de limitations fonctionnelles en raison de son état stabilisé ; les conséquences de l'obésité avaient été prises en compte dans les restrictions fonctionnelles liées aux atteintes lombaires, aux genoux, aux hanches, ainsi qu'aux membres inférieurs, comme l'insuffisance veineuse ou un lipodème. Dès lors, l'office a considéré que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément permettant de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 19 octobre 2023, X. _____, toujours représentée par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à

son annulation (*recte* : à sa réforme) en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière avec effet au 1^{er} mai 2023 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante fait valoir qu'il n'y a pas de concertations véritables avec les médecins traitants qui ont des lectures divergentes de la situation, tant sur les diagnostics que sur les traitements possibles. La recourante dénonce l'absence de stage d'évaluation qui aurait permis de se faire une idée sur son potentiel, ainsi que l'absence d'expertise externe, neutre et indépendante, par un collège de médecins de toutes les disciplines concernées par son cas. Elle s'est référée pour le surplus aux arguments avancés dans le cadre de la procédure d'opposition.

Par réponse du 5 décembre 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant aux avis SMR des 22 décembre 2022, 2 mai et 14 septembre 2023, ainsi qu'à son courrier du 14 septembre 2023.

Par réplique du 8 avril 2024, la recourante a rappelé la nécessité de la mise en œuvre d'une expertise externe, de préférence judiciaire, et confirmé ses conclusions.

Par duplique du 24 avril 2024, l'intimé a maintenu sa position.

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 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^{er} 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

3. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité ensuite de sa demande AI du 24 mai 2022.

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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %.

c) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24septies RAI).

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les

facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut 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) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, 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'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux

d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI).

dd) Le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

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).

c) aa) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

bb) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) 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) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé reconnaît que la recourante n'est plus capable d'exercer son activité habituelle de femme de ménage depuis le 26 février 2021. Il estime toutefois que cette dernière a toujours été apte à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (diminution du périmètre de marche, pas de terrain irrégulier, pas de station debout prolongée, pas de position accroupie/à genoux, pas de port de charges lourdes ni en porte-à-faux, pas de travail en hauteur ni de rotation du tronc), et ce à plein temps, se fondant sur les avis SMR du Dr V._____.

Pour sa part, la recourante se plaint d'une violation par l'intimé de son obligation d'instruire au sens l'art. 43 al. 1 LPGA s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

b) En l'occurrence, les rapports de synthèse établis par le SMR ne reposent pas sur des observations cliniques auxquelles l'un des médecins du SMR aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Il s'agit donc de rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (cf. consid. 5c aa *supra*).

Dans son appréciation du 2 mai 2023, le Dr V._____ a soutenu que les atteintes angiologiques n'impliquaient pas de limitations fonctionnelles. Il a retenu que l'assurée souffrait d'atteintes lombaires et aux genoux compliquées par une obésité. Il a ainsi « déduit » un certain nombre de limitations fonctionnelles des status rapportés par les médecins consultés et estimé que la recourante était apte à travailler dans une activité adaptée à plein temps. Par avis du 14 septembre 2023, le Dr V._____ a indiqué que la contestation de l'assurée à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 3 mai 2023 ainsi que les rapports médicaux produits à cette occasion n'apportaient pas d'éléments susceptibles de mettre en doute ses précédentes conclusions, l'ensemble des atteintes physiques de la recourante et leur incidence sur sa capacité de travail ayant été pris en compte.

Le résultat de ces appréciations n'est toutefois pas conforme aux rapports établis par les médecins consultés et celles-ci se basent en outre sur une instruction incomplète du dossier.

c) On relèvera tout d'abord qu'aucun des rapports des médecins consultés par l'assurée recueillis par l'intimé ne permet de déterminer, au stade de la vraisemblance prépondérante, les limitations fonctionnelles précises de l'intéressée, ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée.

aa) Sur le plan angiologique, l'assurée a consulté le Dr G._____, lequel a posé, dans son rapport du 12 octobre 2021, les diagnostics vasculaires d'insuffisance veineuse d'origine superficielle de stade C2 à gauche sur incontinence de la petite saphène et de lipoedème de stade 3 et de grade II. Après avoir proposé un traitement conservateur, le Dr G._____, constatant l'effet limité de celui-ci sur la symptomatologie de sa patiente, a recommandé cette dernière au Service d'angiologie du K._____ pour la réalisation éventuelle d'une liposuction, selon son rapport du 12 avril 2022. L'assurée a ainsi été prise en charge au K._____. Par rapport du 31 mars 2023 à l'OAI, le Dr M._____ a expliqué que le Service d'angiologie du K._____ n'avait posé aucun diagnostic angiologique pouvant réduire la capacité de travail de la patiente ; le Dr C._____ et lui-même ne retrouvaient en effet pas le diagnostic de lipoedème, mais plutôt des douleurs d'allure mécanique voire éventuellement inflammatoires, pour lesquelles une polyarthrose pouvant les expliquer avait été retrouvée. Les médecins du K._____ proposaient ainsi une prise en charge adaptée de la pathologie arthrosique et des dépistages étaient déjà prévus pour une maladie auto-immunitaire. Si les symptômes devaient persister malgré une prise en charge optimale de l'arthrose ou de la maladie auto-immunitaire, ils proposaient de revoir la patiente afin de réévaluer le diagnostic différentiel angiologique.

Le constat du médecin du SMR selon lequel les atteintes angiologiques n'entraîneraient aucune limitation fonctionnelle est ainsi hâtif. Les avis des spécialistes divergent quant au diagnostic de lipoedème, qui n'est néanmoins pas totalement exclu par les médecins du Service angiologique du K._____, des investigations supplémentaires étant nécessaires pour déterminer l'origine des douleurs. A cet égard, le Dr G._____ évoque très justement une « zone grise » dans son rapport du 21 août 2023. Le Dr V._____ ne pouvait donc en l'état déduire des rapports des Drs M._____ et C._____ une absence d'incidence des atteintes angiologiques sur la capacité de travail de l'assurée.

bb) En outre, le Dr H._____ a indiqué dans son rapport du 20 janvier 2023, en réponse aux questions de l'OAI, qu'il n'avait pas revu la recourante depuis le 27 mai 2021 et qu'il ne pouvait donc se positionner sur l'évolution de son état de santé. Quant au Dr G._____, il s'est référé à ses rapports des 12 octobre 2021 et 12 avril 2022 et a exposé, le 21 février 2023, qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Les rapports des médecins spécialistes précités ne permettent donc pas de porter un jugement valable sur la présente cause, ceux-ci n'ayant visiblement pas examiné l'assurée depuis de nombreux mois.

cc) Le Dr V._____ s'est également fondé sur les rapports du Dr T._____ pour établir son appréciation. Ce dernier a, dans un premier rapport à l'OAI du 17 août 2022, indiqué que les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à la marche avec un périmètre de marche limité et des lombalgies ; selon lui, la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis 2021, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Aux termes de son rapport du 1^{er} novembre 2022 à l'OAI, il a fait état d'un périmètre de marche limité à 200 mètres et indiqué qu'il était difficile de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le 25 janvier 2023, le Dr T._____ a exposé que les limitations fonctionnelles consistaient en une limitation à la marche avec claudication neurogène limitée à environ 300 mètres et des gonalgies droite et gauche ; la capacité de travail de l'assurée était selon lui à évaluer dans une activité adaptée à ses pathologies.

Ces rapports sont imprécis en tant qu'ils ne se positionnent pas clairement sur les limitations fonctionnelles et n'objectivent pas la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Le médecin du SMR, dont il convient de préciser qu'il est spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en a pourtant déduit –selon ses propres termes – de nombreuses limitations fonctionnelles qui n'y sont pas répertoriées, sous réserve du périmètre limité à la marche de 200 à 300 mètres. Ne sachant exactement quels mouvements liés aux lombalgies et aux gonalgies étaient à éviter ni quelle charge la recourante était capable de porter, le

Dr V._____ ne pouvait décemment établir les limitations fonctionnelles sans avoir au préalable examiné l'assurée. De même, il ne pouvait retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ces limitations fonctionnelles alors qu'aucun rapport au dossier n'en fait état et sans examen préalable de l'assurée. On rappellera en effet que les rapports des médecins du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI ne peuvent poser de nouvelles conclusions médicales mais doivent porter une appréciation sur celles déjà existantes (TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2).

d) Face aux rapports au dossier ne permettant pas d'apprécier clairement la situation médicale de la recourante, l'intimé n'a pas jugé utile d'approfondir ses investigations. Au contraire, le médecin du SMR a préféré se fonder sur les rapports imprécis du médecin traitant et sur les rapports précédemment établis par le Dr H._____ les 7 avril et 27 mai 2021, lesquels ne reflètent pas la situation actualisée de l'intéressée et ne permettent, quoi qu'il en soit, pas d'apprécier les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail dans une activité adaptée, comme le Dr V._____ le relevait lui-même dans son avis du 22 décembre 2022. Ceci est d'autant moins compréhensible qu'un suivi médical postérieur auprès de la Dre N._____, spécialiste en neurochirurgie, était connu de l'OAI, au vu du résumé médical établi par cet office le 22 juin 2022. Le conseil de la recourante avait d'ailleurs indiqué, par courrier du 31 août 2023, que la Dre N._____ contrindiquait la réalisation d'une opération au niveau lombaire. Aucun questionnaire n'a pourtant été adressé à cette médecin et l'intimé n'a pas non plus daigné requérir les rapports éventuellement adressés par celle-ci au médecin traitant de l'assurée.

A cela s'ajoute qu'après avoir eu connaissance du rapport du Service d'angiologie du K._____ du 31 mars 2023, l'intimé se devait de constater que la situation médicale de la recourante était toujours en cours d'investigation et, ainsi, de poursuivre l'instruction du dossier. Il lui incombait notamment de requérir auprès du K._____ les résultats des dépistages prévus afin de détecter une éventuelle maladie auto-immunitaire et de s'enquérir de la prise en charge de la pathologie arthrosique. Il est en effet nécessaire que l'OAI prenne en compte

l'ensemble des pathologies de l'assurée et connaisse les incidences de celles-ci sur sa capacité de travail avant de rendre une décision portant sur le droit à la rente.

Compte tenu de ce qui précède, le grief de violation du devoir d'instruction est admis.

e) Les appréciations des 2 mai et 14 septembre 2023 du médecin du SMR ne sont pas probantes, en tant qu'elles établissent de nouvelles conclusions médicales et se basent sur un dossier incomplet. Elles sont manifestement insuffisantes pour fonder un refus de prestations. Dans ces circonstances, l'intimé se devait de recueillir les éléments médicaux manquants et, cas échéant, de mettre en œuvre un examen de l'assurée par un médecin du SMR, voire une expertise externe, au besoin pluridisciplinaire.

Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que le dossier de la recourante est lacunaire et ne permet pas d'apprécier à satisfaction de droit le caractère invalidant des atteintes physiques dont elle souffre, de sorte que l'intimé n'était pas légitimé à rendre la décision litigieuse sans autres mesures d'instruction.

7. L'approche choisie par l'OAI pour arrêter la perte de gain de la recourante n'échappe pas non plus à la critique.

En l'occurrence, l'intimé a retenu que l'intéressée présentait un statut mixte et qu'en dépit de celui-ci, il n'était pas nécessaire de réaliser une enquête ménagère étant donné que les limitations fonctionnelles ne permettraient, quoi qu'il en soit, pas de parvenir à un taux d'invalidité de 40 %. Cette appréciation ne convainc pas, puisqu'elle manque de précision.

L'intimé n'a en effet pas établi le pourcentage auquel l'assurée aurait travaillé sans atteinte à la santé. Selon les déclarations de la recourante figurant dans la demande de prestations du 24 mai 2022, celle-

ci travaillait au taux global de 60 % pour le compte de deux employeurs différents. Elle a également affirmé, aux termes du questionnaire de détermination du statut soumis par l'office intimé, que sans atteinte à la santé, son taux d'activité s'élèverait à 60 ou 70 % afin de cotiser le plus possible à l'AVS tout en assumant les tâches ménagères. A l'examen de l'extrait de compte individuel du 7 juin 2022, on constate en revanche que, depuis l'année 2011, des périodes de cotisations annuelles ont été annoncées pour des revenus allant de 16'445 fr. (2011) à 18'788 fr. (2015) par an, le revenu de 2019 s'élevant quant à lui à 17'550 fr., ce qui ne semble pas correspondre au salaire moyen d'une femme de ménage à 60 %.

Dans ces circonstances, il incombera à l'OAI d'éclaircir la question du statut mixte de l'assurée et, cas échéant, de mettre en œuvre une enquête ménagère afin d'évaluer ses empêchements ménagers.

8. a) 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).

b) En l'occurrence, les avis du SMR, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre la décision litigieuse, ne sont pas probants et les faits médicaux pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il apparaît que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'autorité

intimée, 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 LPGA). Il incombera ainsi à l'intimé de compléter le dossier, en requérant des rapports médicaux auprès des médecins récemment consultés - en particulier auprès de la Dre N. _____ - et, cas échéant, de mettre en œuvre une expertise médicale neutre, au besoin pluridisciplinaire, ou, à tout le moins, de procéder à un examen clinique au SMR, par un spécialiste à même de motiver *lege artis* une capacité de travail résiduelle objective. L'intimé éclaircira également la question du statut mixte de la recourante et, cas échéant, mettra en œuvre une enquête ménagère afin de déterminer ses empêchements ménagers. Cela fait, il incombera ensuite à celui-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'intéressée.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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

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 1'000 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 14 septembre 2023 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 dans le 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 X._____ une indemnité de 1000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour X._____),
- 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 :