

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 octobre 2024

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
MM. Neu et Wiedler, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al.1 et 28a LAI ;  
24<sup>septies</sup>, 27 al. 1 et 27<sup>bis</sup> RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], ressortissante [...] en Suisse depuis [...], titulaire d'un permis C, mariée et mère de quatre enfants nés en [...], au bénéfice d'une formation de couturière a, par l'intermédiaire du Centre social régional de [...] (CSR), rempli un formulaire de détection précoce en date du 16 décembre 2013 dans lequel elle a indiqué être en incapacité de travail à 80 % depuis le 10 septembre 2007 en raison de douleurs au ventre à la suite d'une césarienne qui l'empêchaient de porter des charges et de rester longtemps debout. A ce formulaire était annexé un certificat du 18 septembre 2013 de la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin praticienne et médecin traitante, attestant que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de travailler à plus de 20 %.

Selon un entretien téléphonique du 21 janvier 2014 avec l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la Dre N.\_\_\_\_\_ a expliqué que les douleurs ressenties par l'assurée étaient toujours en cours d'investigation, notamment du côté gynécologique.

Dans le cadre de l'instruction liée à la détection précoce, l'OAI a informé l'assurée, par courrier du 22 janvier 2014, que le dépôt d'une demande AI était prématuré pour l'instant du moment que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. L'OAI l'a également informée que des investigations par son médecin étaient en cours et que le résultat de celles-ci pourrait amener des éléments qu'il y aurait lieu d'analyser par la suite. Ainsi, il lui laissait le soin d'évaluer avec son médecin la suite à donner en fonction du résultat des investigations médicales en cours.

**B.** Le 17 juin 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire du CSR, rempli un nouveau formulaire de détection précoce dans lequel elle a indiqué être en incapacité de travail à 50 % depuis le 16 avril 2014. Etaient joints des certificats des Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et

obstétrique, et N.\_\_\_\_\_ attestant une totale incapacité de travail du 6 mars au 5 mai, puis du 6 juin au 6 juillet 2014, respectivement une capacité de travail de 50 % du 16 septembre au 31 décembre 2014.

Selon un rapport initial du 23 août 2016, l'assurée a bénéficié de deux mesures, une chez [...] et une autre chez [...] ainsi que de deux stages à la [...] comme caissière dont il est ressorti une aptitude au placement de 50 %.

Par courrier du 23 août 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'après analyse de sa situation, le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué du moment qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux par rapport à l'évaluation faite à la suite de la première demande de détection précoce. La situation allait toutefois être annoncée à la plateforme interinstitutionnelle qui regroupait l'assurance-chômage, l'assurance-invalidité et les services sociaux.

Il ressort d'un rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2016 de la collaboration interinstitutionnelle Vaud que l'assurée ressentait toujours des douleurs abdominales à droite et variables selon les moments, qu'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée essentiellement assise pouvait être confirmée et qu'une activité assise sans port de charge était toujours préconisée compte tenu de ses limitations fonctionnelles.

Après avoir effectué un stage à la [...] de [...] du 27 avril au 31 mai 2017, l'assurée a été engagée à la [...] de [...] par contrat de durée déterminée du 4 octobre au 31 décembre 2017 pour une durée hebdomadaire de travail de 20 heures.

**C.** Le 10 septembre 2021, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI en indiquant être en totale incapacité de travail après avoir été caissière dès le 1<sup>er</sup> mai 2018 à 60 % et souffrir de douleurs au bas ventre depuis une césarienne en 2007 ainsi que de douleurs aux deux épaules et au coude depuis 2019.

En réponse au questionnaire « Détermination du statut, part active/ part ménagère », complété le 1<sup>er</sup> novembre 2021, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018 à 100 % comme caissière du moment que cette activité était adaptée au mieux à sa santé.

Selon un questionnaire pour l'employeur rempli le 8 novembre 2021, l'assurée a commencé à travailler le 1<sup>er</sup> mai 2018 avec un horaire de 5 heures par jour, puis a augmenté à 7 heures par jour du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2021 pour un salaire mensuel de 2'449 fr., respectivement 3'429 francs, avant de revenir à un horaire de 5 heures par jour dès le 1<sup>er</sup> août 2021. A ce questionnaire était joint un relevé faisant état des absences de l'assurée pour maladie du 13 au 30 avril, du 1<sup>er</sup> au 2 mai, du 13 au 30 juin et du 1<sup>er</sup> au 5 juillet 2021.

Il ressort d'un rapport initial de l'OAI du 1<sup>er</sup> décembre 2021 que l'assurée ressentait toujours des douleurs importantes au ventre au niveau de la cicatrice de césarienne sans que les nombreux examens effectués n'aient apporté de réponse. Elle avait également des douleurs aux épaules, aux coudes et aux genoux en raison d'arthrose révélée par des examens datés d'environ une année qui avait nécessité une infiltration du coude et de l'épaule du côté gauche. Malgré ses douleurs et la fatigue, elle avait refusé d'être en arrêt de peur de perdre son emploi auquel elle était très attachée. Entre juin et juillet 2021, l'assurée avait essayé d'augmenter son taux d'activité à 85 %, en vain, et elle avait dû reprendre son taux contractuel de 61 %. Le rapport précisait que l'assurée travaillerait à 100 % si son état de santé le lui permettait et qu'elle semblait très diminuée physiquement et mentalement, semblant au bord de l'épuisement et travaillant au-dessus de ses limites. Il ressort encore de ce rapport qu'elle entretenait son ménage dans une moindre mesure à cause de ses douleurs, que son mari aidait un minimum mais qu'elle pouvait compter sur ses enfants qui l'aidaient beaucoup. Enfin, le rapport mentionnait que l'assurée s'était montrée réticente à suivre une psychothérapie.

Dans un rapport du 25 décembre 2021 adressé à l'OAI, la Dre N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs abdominales-pelviennes côté droit depuis 2007 et de hernie discale paramédiane droite depuis mars 2015 et indiqué comme limitations fonctionnelles l'absence de port de charges de plus de 5 kg et le besoin d'un temps de repos après avoir été en mouvement longtemps. Elle a attesté une capacité de travail de 60 % dans tout type d'activité depuis novembre 2020. Elle a précisé qu'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail en raison de douleurs chroniques depuis 2007. Elle a enfin ajouté ne pas avoir donné d'arrêt de travail et que l'assurée travaillait à 60 % à la [...]. Ce rapport était accompagné d'un rapport du 15 juin 2015 des Drs U. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie, relatif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombo-sacrée du 12 juin 2015 concluant à un rétrécissement des récessus latéraux du canal lombaire et des trous de conjugaison en L4-L5 dus à une protrusion circonférentielle du disque, à la présence d'un rétrécissement des trous de conjugaison au niveau L5-S1 des deux côtés, à prédominance droite et à une petite inflammation des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1 et proposait une infiltration facettaire ou périradiculaire, ainsi que d'un rapport du 26 mars 2015 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM du pelvis et de l'abdomen inférieur concluant à ce qui suit :

*« Pas d'anomalie décelable en fosse iliaque droite. Organes génitaux internes sans anomalie hormis un réseau veineux variqueux para-utérin bilatéral à discrète prédominance droite (cf. "Description"), également identifié sur le CT abdominal du 17.04.2013 ; cette trouvaille dans un contexte de douleurs pelviennes chroniques suggère un éventuel syndrome de congestion pelvienne : à corrélérer à la clinique et à discuter l'indication d'une consultation spécialisée avec un radiologue interventionnel pour une embolisation au cas où ce diagnostic est retenu.*

*Discopathie dégénérative en L5-S1 avec probable composante de protrusion discale paramédiane droite ; un effet irritatif sur l'émergence de la racine S1 droite ne peut pas être exclu sur cet examen non dédié. »*

A l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI du 25 février 2022, l'assurée a indiqué être en arrêt de travail à 100 % depuis le 22 février jusqu'au 6 mars 2022 et avoir été orientée par sa médecin traitante vers un gynécologue pour une consultation.

Selon une note d'entretien téléphonique du 4 mars 2022 au dossier de l'OAI, l'assurée n'a pas voulu que la Dre N. \_\_\_\_\_ prolonge son arrêt de travail d'une semaine du moment qu'elle se sentait mieux et qu'elle avait moins mal à l'épaule. Il est précisé que l'assurée devait faire une IRM du ventre une fois qu'elle aurait fini de régler ses factures à l'assurance-maladie qu'elle payait par mensualité. Dans les suites à donner à l'entretien, la collaboratrice de l'OAI a indiqué qu'il fallait contacter la Dre N. \_\_\_\_\_ pour avoir son avis sur un éventuel suivi psychiatrique.

Selon des notes téléphoniques des 15 et 25 mars 2022, l'assurée avait repris le travail et n'avait pas de nouveau rendez-vous médical fixé car elle ne voulait pas augmenter ses factures, raison pour laquelle elle n'avait pas fait l'examen gynécologique et l'IRM préconisés par son médecin. Il était également précisé que les appels téléphoniques n'auraient plus lieu de façon hebdomadaire mais seulement mensuellement.

Il ressort d'une note d'entretien téléphonique du 17 mai 2022 que les douleurs étaient toujours présentes mais que l'assurée s'en accommodait, que les examens médicaux étaient toujours en suspens pour des raisons financières et que, sur le plan psychique, la situation n'était pas meilleure. Il y est indiqué que pour déterminer le taux d'invalidité de l'assurée, les investigations allaient se poursuivre au niveau médical et que selon le résultat, l'OAI pourrait statuer et définir un degré d'invalidité. Pour la suite, la collaboratrice de l'OAI proposait de consulter la permanence du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour savoir si la capacité de travail et les limitations fonctionnelles pouvaient être clairement définies et, si tel était le cas, de mettre en œuvre un mandat « Enquête ménagère ».

Par rapport du 24 mai 2022, la Dre N. \_\_\_\_\_ a mentionné la persistance de douleurs lombaires et du bassin côté droit, a attesté une capacité de travail à 60 % dans tout type d'activité depuis au moins 2018

et a indiqué comme limitations fonctionnelles « certains mouvements répétitifs et certaines positions ».

Selon un compte rendu de la permanence SMR du 5 juillet 2022, les rapports de la Dre N.\_\_\_\_\_ des 25 décembre 2021 et 24 mai 2022 n'étaient pas suffisamment détaillés pour justifier une capacité de travail dans toute activité de 60 %.

Il ressort d'un rapport « IP - Proposition de DDP » du 14 juillet 2022 ce qui suit :

« (...) Madame, née en 1979, d'origine [...], en Suisse depuis 2005 et au bénéfice d'un permis C, est mariée et mère de 4 enfants. Elle travaille depuis le 01.05.2018 en tant que caissière à la [...] à taux partiel (61%) pour raisons de santé. Le contrat est en vigueur.

Atteinte dans sa santé, madame cumule des interruptions de travail de courte durée entre avril 2021 et mars 2022 (au total 55 jours). Depuis le 07.03.2022, il n'y a pas eu de nouvelle absence. (GED rapport employeur 12.11.21 ; GED assuré-note d'entretien 25.02.22 et 04.03.22)

Une demande de prestation est déposée le 13.09.2021.

Madame a toujours souhaite travailler à 100% mais a accepté un poste à 60% pour raisons de santé. (GED statut ménagère/active 04.11.2021).

Nous avons proposé à Madame deux MIP coaching à choix qu'elle a refusées. (GED 25.03.2022)

Le RM de la Dre N.\_\_\_\_\_ (GED 30.05.22) atteste d'une CTAH et AA de 60%, toutefois des précisions manquent pour que nous puissions reconnaître ces taux (SMR-entretien GED 05.07.22).

Nous avons demandé un mandat SMR (GED 06.07.22) afin de déterminer la CTAH, la CTAA et les LF. Ceci permettra de calculer le préjudice économique et de définir, le cas échéant, un degré d'invalidité. Madame souhaite en effet que sa capacité de travail réduite soit reconnue par notre assurance pour faire valoir un éventuel droit à des prestations sociales.

Au vu de ce qui précède, nous mettons un terme à notre mandat IP et nous ouvrons un mandat REA afin de maintenir le suivi auprès de Madame A.\_\_\_\_\_ et en attente du retour du SMR (enquête ménagère ? Calcul ESS à venir). »

Dans un avis du 15 août 2022, la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin praticienne au SMR, est arrivée à la conclusion qu'elle n'avait pas d'information convaincante pour admettre des limitations fonctionnelles durables.

Par courriel du 7 février 2023, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 23 janvier 2023 de la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, adressé au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, faisant suite à une IRM pelvienne du 18 novembre 2022 et arrivant à la conclusion qu'il y avait une lésion d'aspect rétractile de 1,7 cm du paramètre droit à proximité du méat urétéro-vésical compatible en premier lieu avec un nodule d'endométriose profonde mais que le reste de l'examen ne montrait aucun signe d'endométriose profonde visible, en particulier à hauteur de la cicatrice de la césarienne.

Le 13 février 2023, la Dre N.\_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire envoyé par l'OAI le 15 août 2022 et a exposé qu'il n'y avait pas d'amélioration dans l'état de santé de l'assurée, qu'elle suspectait une endométriose comme diagnostic impactant la capacité de travail, que sous la question relative aux limitations fonctionnelles étaient indiquées des douleurs de la fosse iliaque droite chroniques et une irradiation postérieure, qu'elle avait adressé l'assurée au Dr P.\_\_\_\_\_, médecin, pour des investigations gynécologiques, que la capacité de travail était toujours de 60 % dans tout type d'activité et que son pronostic était de revoir le gynécologue dans trois mois. Était joint le rapport du 23 janvier 2023 de la Dre Z.\_\_\_\_\_ déjà transmis par l'assurée par courriel.

Dans un rapport d'examen du SMR du 13 avril 2023, la Dre W.\_\_\_\_\_ a conclu n'avoir pas d'information convaincante à la suite de l'instruction pour admettre des limitations fonctionnelles durables ou une incapacité de travail. Elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante et que la capacité de travail était entière dans tout type d'activité.

Par projet de décision du 3 juillet 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité dans la mesure où elle ne présentait pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail de longue durée.

En date du 28 juillet 2023, l'assurée a contesté ce projet en indiquant que son état de santé ne s'améliorait pas et qu'elle avait des douleurs chroniques constantes liées à l'endométriose depuis 2007 ainsi que des douleurs en lien avec l'arthrose.

L'OAI a répondu à l'assurée, par courrier du 2 août 2023, qu'il lui appartenait de fournir tous les éléments, en particulier des rapports médicaux détaillés, susceptibles de lui permettre de revoir sa position et lui a donné un délai au 4 septembre 2023 pour le faire.

Par décision du 29 septembre 2023, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante justifiant une incapacité de travail de longue durée. Dans un courrier séparé du même jour, il a pris position sur les objections de l'assurée.

**D.** Par acte daté du 24 septembre 2023 et reçu le 25 octobre 2023, A.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal concluant implicitement à son annulation en exposant avoir des douleurs constantes et quotidiennes au niveau de la cicatrice de la césarienne en plus de douleurs dans les membres liées à l'arthrose. Elle a indiqué qu'elle allait prochainement être opérée par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, mais qu'elle aurait toujours des douleurs même après l'intervention à la suite des dernières IRM effectuées. Elle a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 29 avril 2013 relatif à une coloscopie du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, mentionnant l'éventualité de douleurs sur adhérences, étant donné qu'elles sont survenues post-césarienne ;

- un rapport du 13 août 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_ posant le diagnostic de pelvipathie chronique droite sur status post césarienne et faisant mention d'une intervention chirurgicale le 2 juillet 2014 consistant en une hystéroscopie diagnostique et curetage explorateur fractionné

ainsi qu'en une laparoscopie diagnostique avec adhésiolyse mettant en évidence une adhérence étendue et charnue entre l'épiploon et la paroi antérieure, prenant tout l'abdomen inférieur ;

- un rapport du 19 février 2016 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie relatif à un ultrason du poignet droit concluant à un kyste du versant dorsal du carpe, probablement d'origine arthrosynoviale du carpe ;

- un rapport du 8 mars 2016 du Dr J.\_\_\_\_\_ relatif à une IRM du poignet droit concluant à un kyste arthrosynovial dorsal du carpe, s'insinuant entre les ligaments radio-triquétral et scapho-triquétral sur possible brèche au niveau du ligament scapho-semi-lunaire dorsal ainsi qu'à un petit kyste arthrosynovial sur le versant radial et dorsal de l'articulation trapézo-métacarpienne ;

- un rapport du 13 juin 2017 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, concernant une radiographie du coude gauche et un ultrason du genou gauche arrivant à la conclusion d'un minime épanchement articulaire et d'un aspect échographique compatible avec une insertionite des tendons de la patte d'oie ;

- un rapport du 18 septembre 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_ selon lequel un ultrason du coude et de l'épaule gauches avait mis en évidence une arthropathie acromio-claviculaire et bursite sous-acromio-delhoïde avec tendinopathie de surface du supra-épineux de l'épaule gauche ainsi qu'une épicondylite externe du coude gauche ;

- un rapport de la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, du 4 octobre 2019 relatif à une IRM du pied gauche concluant à un remodelage ostéophyttaire avec œdème osseux à la pointe de la malléole interne sur probable instabilité antéro-interne due à une déchirure complète du ligament tibio-talaire antérieur ;

- un rapport du 16 octobre 2019 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, faisant état d'une infiltration de l'épaule et du coude du côté gauche ;

- un rapport du 12 octobre 2023 de la Dre L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, adressé au Dr M.\_\_\_\_\_ faisant suite à une IRM pelvienne du 11 octobre 2023 mettant en évidence un nodule d'endométriose de 2,9 cm engainant l'uretère distal droit et venant au contact de la base de la vessie à droite et précisant que ce nodule paraissait un peu plus volumineux par rapport à l'examen de 2022 ;

- un certificat du 17 octobre 2023 de la Dre N.\_\_\_\_\_ attestant que la capacité de travail de la recourante ne pouvait pas dépasser 60 % à la suite de ses problèmes de santé ;

- un rapport du 25 octobre 2023 du Dr M.\_\_\_\_\_ indiquant qu'il suivait la recourante depuis le 28 septembre 2023 dans un contexte d'endométriose profonde générant de fortes douleurs des règles et des douleurs spontanées invalidant la recourante et précisant que la lésion d'endométriose mise en évidence par une IRM effectuée en novembre 2022 avait été confirmée par une nouvelle IRM faite le 11 octobre 2023 ; une intervention chirurgicale conjointe entre urologue et gynécologue était nécessaire pour tenter d'éradiquer la douleur par l'ablation des foyers d'endométriose ;

- des images des différents examens radiographiques faits au fil des années par la recourante.

Par réponse du 29 novembre 2023, l'OAI a expliqué avoir refusé des prestations à la recourante en l'absence d'atteinte à la santé provoquant une incapacité de travail de longue durée et a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, au motif que les pièces transmises à l'appui du recours ne permettaient pas un nouvel éclairage sur la situation médicale de la recourante.

Dans sa réplique du 20 décembre 2023, la recourante a indiqué avoir été opérée et qu'une sonde avait été placée dans son urètre pendant six semaines. Elle a exposé avoir beaucoup de difficultés à travailler à 60 % en ayant une fatigue persistante, des troubles neurologiques et un essoufflement au moindre effort. A l'appui de son écriture, elle a produit un certificat de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, attestant une incapacité de travail totale du 4 décembre 2023 au 4 janvier 2024.

Dupliquant le 4 janvier 2024, l'intimé a relevé que le certificat produit par la recourante n'apportait aucune précision quant à l'incapacité de travail complète attestée du 4 décembre 2023 au 4 janvier 2024 et ne suffisait pas à revoir sa position.

Par écriture du 12 janvier 2024, la recourante a demandé à ce que le Dr M.\_\_\_\_\_ soit contacté par l'intimé pour avoir plus d'informations.

### **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 des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.** 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 postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

En l'occurrence la décision litigieuse, rendue le 29 septembre 2023, fait suite à une demande de prestations déposée le 10 septembre 2021. La Cour de céans doit par conséquent tenir compte, s'il y a lieu, du nouveau droit en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** 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. 24<sup>septies</sup> 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)** Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C\_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

**6.** L'OAI a refusé de prester au motif que la recourante ne présentait pas d'atteinte invalidante, fondant sa décision sur l'avis SMR du 13 avril 2023. La Dre W.\_\_\_\_\_ a conclu que l'examen de la situation médicale de l'assurée ne permettait pas de retenir des atteintes incapacitantes ni une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles durables. Selon elle, la capacité de travail était dès lors entière dans tout type d'activité.

**a)** En l'occurrence, on constatera tout d'abord que le SMR a conclu à un manque d'information convaincante permettant d'admettre des limitations fonctionnelles durables. Or, cet avis ne saurait être suivi dans la mesure où les limitations fonctionnelles de la recourante ont été déterminées déjà au stade de la première demande de détection précoce

du 16 décembre 2013 dans laquelle la recourante avait indiqué qu'elle ne pouvait pas porter des charges, ni rester debout longtemps. Ces limitations ont à nouveau été évoquées dans le rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2016, puis confirmées par la Dre N. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 25 décembre 2021 et 24 mai 2022).

Ensuite, on ne peut que relever que l'intimé n'a pas instruit le cas à satisfaction. En effet, si l'OAI a commencé par demander un rapport à la Dre N. \_\_\_\_\_, il a ensuite jugé que les deux rapports de cette médecin des 25 décembre 2021 et 24 mai 2022 n'étaient pas assez détaillés pour justifier une incapacité de travail (cf. avis SMR du 5 juillet 2022). Or, force est de constater que le rapport du 25 décembre 2021 est relativement complet dans la mesure où la Dre N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs abdominales-pelviennes côté droit et de hernie discale paramédiane droite, qu'elle a indiqué des limitations fonctionnelles et attesté une capacité de travail de 60 % dans tout type d'activité. Il en va de même du rapport du 24 mai 2022 qui mentionnait la persistance de douleurs lombaires et du bassin côté droit tout en attestant une capacité de travail de 60 % dans toutes les activités et en indiquant des limitations fonctionnelles. Le SMR a toutefois considéré qu'il convenait de refaire une demande de renseignements auprès de la Dre N. \_\_\_\_\_ en lui faisant parvenir une « lettre avec multiples questions » sans toutefois se prononcer sur les rapports d'IRM des 26 mars et 15 juin 2015 transmis par la médecin traitante (cf. avis SMR du 15 août 2022). La Dre N. \_\_\_\_\_ a, en date du 13 février 2023, indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration dans l'état de santé de la recourante, qu'elle suspectait une endométriose et qu'elle avait adressé celle-ci au Dr P. \_\_\_\_\_ en vue de faire des investigations gynécologiques. Malgré cette indication, le SMR n'a réalisé aucune investigation gynécologique alors même que la recourante se plaignait depuis le premier formulaire de détection précoce de douleurs en lien avec une césarienne (cf. formulaire du 16 décembre 2013). On notera ici que le rapport d'IRM pelvienne du 23 janvier 2023 avait été transmis au Dr F. \_\_\_\_\_, qui est gynécologue. A cet égard, on remarquera que la recourante avait joint à son second formulaire de détection précoce du 17 juin 2016 des certificats d'incapacité de travail totale du 6 mars au 5 mai,

puis du 6 juin au 6 juillet 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_, également gynécologue. En outre, la question d'une investigation gynécologique avait été évoquée à plusieurs reprises, notamment déjà lors d'un entretien téléphonique entre la Dre N.\_\_\_\_\_ et l'OAI le 21 janvier 2014 tout comme dans le courrier de l'OAI du 22 janvier 2014 mentionnant que des investigations étaient en cours, ainsi que lors des différents entretiens téléphoniques qui ont eu lieu entre la recourante et une collaboratrice de l'OAI (cf. notes d'entretien des 25 février, 4 mars, 15 mars, 25 mars et 17 mai 2022). Enfin, on relèvera que le rapport d'IRM du 23 janvier 2023 mentionnait une lésion compatible avec un nodule d'endométriome, ce qui aurait dû attirer l'attention du SMR sur une éventuelle problématique gynécologique.

Ensuite, la recourante a indiqué, dans sa demande de prestations du 10 septembre 2021, souffrir de douleurs aux épaules et aux coudes depuis 2019. Or, force est de constater que ces douleurs n'ont absolument pas été investiguées alors même que la recourante avait indiqué la présence d'arthrose révélée par des examens relativement récents ayant en outre entraîné une infiltration du coude et de l'épaule du côté gauche (cf. rapport initial du 1<sup>er</sup> décembre 2021), que la Dre N.\_\_\_\_\_ avait posé le diagnostic de hernie discale (cf. rapport du 25 décembre 2021) et que le rapport d'IRM de la colonne lombo-sacrée du 15 juin 2015 des Drs U.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ proposait une infiltration facettaire ou périradiculaire.

En outre, l'OAI aurait encore dû s'interroger sur le statut de la recourante. En effet, si celle-ci travaillait à 60 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, elle a en revanche toujours soutenu qu'elle aurait pu travailler à plein temps si elle avait été en bonne santé (cf. détermination du statut du 1<sup>er</sup> novembre 2021, rapport initial du 1<sup>er</sup> décembre 2021 et rapport IP du 14 juillet 2022). A cet égard, on relèvera ici que la recourante a essayé d'augmenter son taux à 85 % du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2021 et qu'elle a été absente pour maladie du 13 au 30 juin et du 1<sup>er</sup> au 5 juillet 2021 (cf. questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 2021). A tout le moins se posait la question d'une enquête ménagère, notamment en tenant compte du fait que la recourante entretenait son ménage dans une

moindre mesure à cause de ses douleurs, avec l'aide de ses enfants mais pas de son mari (cf. rapport initial du 1<sup>er</sup> décembre 2021). On remarquera que cette question avait d'ailleurs été évoquée dans la note d'entretien téléphonique du 17 mai 2022 et du rapport IP du 14 juillet 2022 sans toutefois que le SMR n'ait abordé cette problématique.

Enfin, le SMR aurait également dû s'interroger sur l'état psychique de la recourante, cette question ayant été évoquée à diverses reprises (cf. rapport initial du 1<sup>er</sup> décembre 2021 et note d'entretien téléphonique du 17 mai 2022). A cet égard, on relèvera qu'il ressort de la note d'entretien téléphonique du 4 mars 2022 que la Dre N.\_\_\_\_\_ devait être contactée pour avoir son avis sur un éventuel suivi psychiatrique, ce qui n'a jamais été fait, pas même dans le questionnaire envoyé le 15 août 2022 par le SMR.

**b)** Plusieurs pièces ont été produites par la recourante dans le cadre de la présente procédure judiciaire.

Les rapports médicaux produits devant la Cour de céans se réfèrent tout d'abord à des investigations relatives aux poignet droit, coude, épaule, genou et pied gauches ainsi qu'à une infiltration de l'épaule et du coude gauches qui sont antérieures à la décision du 29 septembre 2023, à savoir les 19 février et 8 mars 2016, 13 juin 2017, 18 septembre, 4 et 16 octobre 2019, et qui peuvent ainsi être pris en compte (cf. consid. 5c *supra*). Il en va de même du rapport du 13 août 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_ faisant mention d'une intervention chirurgicale le 2 juillet 2014 (hystérocopie diagnostique et curetage explorateur fractionné ainsi qu'en une laparoscopie diagnostique avec adhésiolyse). Si l'on peine à comprendre pourquoi ces différents rapports, pourtant adressés pour la plupart à la Dre N.\_\_\_\_\_, n'ont pas été produits en procédure administrative, force est de constater que l'intimé n'a pas estimé utile de soumettre ces documents au SMR afin qu'il se détermine à leur sujet dans le cadre de l'échange d'écritures en procédure judiciaire. S'agissant des rapports des 12 et 25 octobre 2023, ceux-ci peuvent également être pris en considération dans la mesure où ils ont trait à la situation médicale de

la recourante prévalant avant le rendu de la décision litigieuse, notamment en ce qui concerne l'évolution d'un nodule d'endométriose mis en évidence par l'IRM du 18 novembre 2022 (lésion d'aspect rétractile de 1,7 cm) et qui a été confirmé par une IRM du 12 octobre 2023 (nodule d'endométriose de 2,9 cm) menant à une intervention chirurgicale conjointe entre urologue et gynécologue pour tenter d'éradiquer la douleur par l'ablation des foyers d'endométriose (cf. rapport du 25 octobre 2023). Ainsi, force est de constater que la recourante a fourni des éléments démontrant une instruction plus que lacunaire de la part du SMR et susceptibles de modifier les résultats de l'instruction sur le plan médical.

**7.** Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité en suite de sa demande du 10 septembre 2021, singulièrement sur sa capacité de travail. Ni l'état de santé de la recourante, ni les conséquences de cet état de santé sur la capacité de travail résiduelle n'ont été établis de manière satisfaisante.

Il se justifie par conséquent de renvoyer le dossier à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à un complément d'instruction. Il s'agira pour l'intimé de mettre en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA comportant un volet de médecine interne ou rhumatologique, un volet gynécologique et un volet psychiatrique. La possibilité sera laissée aux experts de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'ils l'estiment pertinent. La question du statut pourra également se poser en présence d'une assurée qui n'a toujours travaillé qu'à 60 %. Il reviendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

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

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

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la partie recourante ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 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 au sens des considérants, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_,
- 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 :