

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 août 2025

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**P.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Odile Pelet, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI**

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

**A.** P.\_\_\_\_\_ (précédemment [...] avant son changement de genre et de prénoms survenu le [...] 2022) (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], a déposé le 4 mars 2022 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en signalant présenter des atteintes à la santé d'ordre psychique et physique.

Dans un rapport du 25 mars 2022, la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin cheffe à G.\_\_\_\_\_, a mentionné avoir vu l'assurée le 16 février 2022 en vue d'une chirurgie bariatrique. Elle a observé qu'au jour de l'examen, la patiente présentait une obésité de classe III (super obésité), avec un BMI à 51,5kg/m<sup>2</sup> (elle pesait 161,5 kg pour 177 cm), et signalait n'avoir aucune activité physique car elle était très gênée par son obésité. Au vu de l'importante obésité et de l'échec des multiples mesures conservatrices déjà entreprises, la Dre S.\_\_\_\_\_ était d'avis qu'un traitement chirurgical bariatrique était justifié. Sous la rubrique « diagnostics secondaires et antécédents », elle a mentionné un diabète de type II non insulino-requérant, une résistance à l'insuline, une hyperlipidémie traitée, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) appareillé, une haute tension artérielle, un reflux gastro-œsophagien avec gastrite chronique, une dépression, des lombalgies, des arthralgies, une cholécystolithiase, une stéatose hépatique, des œdèmes des membres inférieurs et un status post ostéosynthèse d'une fracture bimalléolaire de la cheville droite opérée en 2020.

Dans un rapport du 20 juillet 2022 à l'OAI, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité morbide, de diabète de type 2, de gonarthrose, de coxarthrose, de dyspnée d'effort et de gonalgies. Il a précisé que l'assurée était limitée en raison de son obésité morbide et de sa dyspnée d'effort, que sa mobilité était réduite et que la station verticale prolongée était difficile. Dans l'activité habituelle de restauratrice, la capacité de travail était nulle. Concernant la capacité de travail dans une

activité adaptée, elle devait faire l'objet d'une évaluation. Il était d'avis que l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail après une chirurgie bariatrique.

En annexe à son rapport, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI les documents suivants :

- un rapport de radiographie de la colonne lombaire et du bassin du 29 mars 2022 de la Dre A. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, mentionnant notamment une coxarthrose bilatérale avec pincement articulaire et ostéosclérose et ostéophytose du cotyle, ainsi qu'une arthrose interapophysaire postérieure lombaire étagée et des ostéophytoses antérieures dorsales étagées avec hyperostose squelettique diffuse idiopathique ;
- un rapport de radiographie des deux genoux du 11 juillet 2022 du Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, observant, au niveau du genou gauche, une gonarthrose tricompartmentale prédominant sur le compartiment médial avec vraisemblable ostéochondromatose secondaire dans le récessus postérieur, et, au niveau du genou droit, une arthrose à prédominance fémoropatellaire et fémorotibiale médiale, moins marquée qu'à gauche, ainsi qu'un épanchement intra-articulaire significatif et de vraisemblables séquelles traumatiques du tiers proximal de la diaphyse fibulaire.

Dans un rapport du 13 septembre 2022, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de gonarthrose gauche. Ce spécialiste a indiqué que l'assurée signalait avoir des gonalgies très invalidantes, essentiellement au genou gauche, avec un périmètre de marche limité. En présence d'une patiente qui envisageait un bypass gastrique, le Dr F. \_\_\_\_\_ était d'avis qu'il fallait attendre une perte de poids importante avant de proposer un traitement chirurgical pour le genou. Il proposait d'effectuer une série d'infiltrations de cortisone dans l'intervalle.

Le 27 septembre 2022, l'assurée a été vue par la Dre K.\_\_\_\_\_, pneumologue et cheffe de clinique à G.\_\_\_\_\_, pour un bilan pneumologique avant une chirurgie bariatrique. Dans un rapport du 12 octobre 2022 relatif à cette consultation, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, avec contingent significatif d'apnées centrales et mixtes. L'assurée rapportait une dyspnée de stade mMRC 1 liée à l'obésité et au déconditionnement physique. Elle décrivait un sommeil globalement réparateur et une absence de somnolence diurne. Elle signalait d'autres symptômes compatibles avec un syndrome d'apnées du sommeil, à savoir une ronchopathie, des sudations nocturnes, une nycturie et un sommeil agité. Un appareillage par CPAP (respiration assistée par pression positive) allait être instauré.

Dans un rapport du 18 janvier 2023, la Dre S.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics mentionnés dans son précédent rapport, en relevant que l'assurée arrivait au terme de son évaluation en vue d'un bypass gastrique et que l'intervention était prévue le 27 février 2023.

Dans un rapport du 7 février 2023, le médecin traitant a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée avait été défavorable depuis son dernier rapport, avec l'apparition d'apnées du sommeil. Le périmètre de marche de l'assurée était limité à 100 mètres et elle présentait des douleurs invalidantes. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'obésité, de gonarthrose et de syndrome d'apnée du sommeil. Il était d'avis que la capacité de travail de l'assurée était proche de zéro en dehors d'un travail de bureau/informatique. Des mesures de réadaptation n'étaient selon lui pas envisageables avant une perte de poids significative après chirurgie bariatrique.

Dans un rapport du 27 mars 2023 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait subi des infiltrations intra-articulaires avec un résultat positif. Il a rappelé qu'une évaluation des genoux devrait intervenir après la chirurgie bariatrique projetée. Il a indiqué que lorsque la situation médicale de l'assurée serait stabilisée et moyennant une

augmentation progressive de la capacité de travail, l'assurée devrait être en mesure d'exercer une activité en position assise, sans position accroupie ou à genoux, sans port de charges supérieures à 5 kg, et sans montée des escaliers, sur une échelle ou un échafaudage.

Dans un rapport du 11 avril 2023, la Dre K. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'elle avait vu l'assurée à une reprise et qu'elle n'était dès lors pas en mesure de se déterminer sur sa capacité de travail, ajoutant que d'un point de vue strictement pulmonaire, il n'y avait pas d'incapacité de travail si le syndrome d'apnée du sommeil était contrôlé sous CPAP.

Dans un courrier du 13 avril 2023, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'OAI, en mentionnant notamment qu'elle n'avait jamais consulté de psychiatre malgré le décès de son fils et une grave tentative de brigandage dont elle avait été victime. Elle a informé l'OAI de son changement de genre et de prénoms.

Questionnée par l'OAI sur la date prévue de la chirurgie bariatrique, la Dre S. \_\_\_\_\_ a répondu, le 20 juin 2023, qu'elle devrait intervenir au début de l'année 2024, l'assurée ayant repoussé plusieurs fois l'opération.

Se déterminant le 2 octobre 2023 sur le dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a observé que l'assurée présentait au premier plan une obésité morbide, compliquée notamment d'un syndrome d'apnées du sommeil soigné par CPAP, et d'une gonarthrose gauche traitée conservativement avec un effet favorable. Il a conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis juillet 2022, mais que dans une activité adaptée aux complications ostéoarticulaires de l'obésité (soit une activité légère, sédentaire, sans station debout et/ou marche prolongée et sans port de charge), la capacité de travail était entière.

Dans un projet de décision du 5 octobre 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des mesures

professionnelles et à une rente d'invalidité, au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (activité légère, sédentaire, sans station debout et/ou marche prolongée et sans port de charge), ce qui ne lui engendrait aucun préjudice économique.

Par courrier du 13 octobre 2023, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, en faisant notamment valoir qu'elle pesait 180 kg, qu'elle restait alitée 23 heures par jour en raison de gros problèmes de genoux, de hanches et de dos, qu'elle ne pouvait pas marcher plus de 10 mètres, qu'elle ne s'était jamais remise du décès de son fils survenu en [...] et que l'OAI n'avait pas suffisamment instruit son dossier.

Le 17 novembre 2023, l'assurée a sollicité un délai de trois mois pour compléter ses observations, signalant avoir pris contact avec un psychologue.

Le 22 novembre 2023, l'OAI lui a octroyé un délai au 26 janvier 2024.

Par courrier du 23 janvier 2024, l'assurée a demandé une nouvelle prolongation de délai de trois mois pour fournir des informations médicales complémentaires.

Par décision du 30 janvier 2024, l'OAI a confirmé son refus d'octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée.

**B.** Par acte du 28 février 2024, P. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant implicitement à sa réforme et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a par ailleurs sollicité d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat d'office.

Par décision du 6 mars 2024 du juge instructeur, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 28 février 2024 et a obtenu, à ce titre, l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Odile Pelet, avec exonération de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 28 mars 2024, l'OAI a maintenu sa position.

Par réplique du 29 août 2024, la recourante, représentée par Me Odile Pelet, a développé ses moyens, en faisant notamment valoir que sa situation médicale avait été investiguée très superficiellement, notamment l'aspect psychiatrique qui n'avait fait l'objet d'aucune évaluation. Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir pris en considération ses atteintes relevant de la chirurgie orthopédique.

Par duplique du 27 septembre 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Dans une détermination du 27 novembre 2024, la recourante s'est prévaluée d'une jurisprudence récente du Tribunal fédéral concernant l'obésité et le déconditionnement qui accompagne cette pathologie (TF 8C\_104/2024 du 22 octobre 2024) pour soutenir que l'OAI devait examiner les effets de son obésité sur sa capacité de travail, ce qui était un élément supplémentaire pour annuler la décision attaquée et renvoyer le dossier à l'intimé pour complément d'instruction.

Le 5 décembre 2024, Me Odile Pelet a produit sa liste des opérations.

Dans une détermination du 19 décembre 2024, l'intimé a fait valoir que des mesures d'instruction supplémentaires n'étaient pas nécessaires nonobstant la modification de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'obésité citée par la recourante. Il a joint à son

écriture un nouvel avis du SMR du 11 décembre 2024 duquel il ressort que sa précédente appréciation était maintenue.

### **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). Tel est le cas en l'occurrence.

**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 invalide (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 droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**6.** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**7.** S'agissant de l'obésité, dans un arrêt 8C\_104/2024 du 22 octobre 2024 consid. 5 (publié aux ATF 151 V 66) cité par la recourante, le Tribunal fédéral est revenu sur sa jurisprudence antérieure en vertu de laquelle cette maladie n'entraînait en principe pas d'invalidité donnant droit à une rente si elle ne causait pas de dommages physiques ou psychiques et n'était pas la conséquence de tels dommages ; si ces conditions n'étaient pas remplies, elle devait néanmoins être considérée comme invalidante, compte tenu des circonstances particulières du cas d'espèce, si elle ne pouvait être réduite, ni par un traitement approprié ni par une perte de poids raisonnable, à un niveau tel que le surpoids, associé à d'éventuelles séquelles, n'entraînait pas d'atteinte permanente ou prolongée. Dorénavant, comme pour toute atteinte à la santé physique, il convient d'examiner au cas par cas si et dans quelle mesure l'obésité et le déconditionnement physique qu'elle engendre impactent la capacité de travail et, cas échéant, si l'assuré peut réduire le dommage.

**8.** En l'espèce, l'intimé a refusé de prêter en faveur de la recourante, estimant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère, sédentaire, sans station debout et/ou marche prolongée, et sans port de charge. L'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 2 octobre 2023 et sur les rapports médicaux recueillis auprès des médecins consultés par la recourante. Celle-ci estime quant à elle que sa capacité de travail est nulle

en raison des atteintes à la santé somatique et psychique dont elle souffre.

Il sied de relever que la recourante souffre de multiples troubles à sa santé d'ordre somatique mises en évidence par les pièces au dossier, dont la plupart sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail. Or il n'existe aucun rapport médical suffisamment motivé pour statuer sur les droits de la recourante. Aucun rapport ne contient une anamnèse détaillée de la situation médicale de la recourante ni ne tient compte de l'ensemble des diagnostics posés pour évaluer la capacité de travail, tous les rapports médicaux étant au demeurant extrêmement lapidaires.

Par ailleurs, les rapports des médecins ayant examiné la recourante ne permettent pas de corroborer la pleine capacité de travail retenue par le SMR dans son avis du 2 octobre 2023, qui est extrêmement sommaire et peu étayé. Dans son rapport du 20 juillet 2022, le médecin traitant de la recourante a indiqué qu'il n'était pas en mesure d'évaluer la capacité de travail de sa patiente et qu'il était nécessaire que l'intimé la convoque pour investiguer ce point. Le 7 février 2023, ce médecin a indiqué que la capacité de travail était proche du zéro hormis dans un travail de bureau/informatique, sans expliquer pourquoi il était dorénavant en mesure d'évaluer la capacité de travail de sa patiente. Cela étant, une reprise immédiate d'une activité professionnelle ne lui semblait pas possible puisqu'il a précisé que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables avant une perte de poids significative qui devrait intervenir après la chirurgie bariatrique à laquelle la recourante devait se soumettre. Le 11 avril 2023, la Dre K.\_\_\_\_\_ a relevé que d'un point de vue pulmonaire, il n'y avait pas d'incapacité de travail si le syndrome d'apnée du sommeil était contrôlé sous CPAP, précisant cependant qu'elle ne pouvait pas indiquer le nombre d'heures de travail par jour que pourrait réaliser la recourante. Dans son rapport du 27 mars 2023, le Dr F.\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail, relevant que la recourante souffrait de douleurs lors de station debout prolongée et lors de port de charges. Il a précisé qu'un travail non-physique pourrait être

possible en fonction de sa perte de poids mais que la situation n'était alors pas stabilisée. Or, la chirurgie bariatrique n'a finalement pas été réalisée en l'état du dossier et aucun rapport médical au dossier n'examine les conséquences de l'obésité de classe III dont souffre la recourante sur sa capacité de travail, alors que celle-ci soutient devoir rester alitée la majeure partie de la journée. En conséquence, aucun rapport médical ne permet d'établir la réelle capacité de travail de la recourante au moment où la décision attaquée a été rendue.

Pour le surplus, la recourante a mentionné dès le début l'existence d'une atteinte sur le plan psychologique, ce qui semble corroboré par les rapports de la Dre S. \_\_\_\_\_ qui font état d'une dépression, sans que ce point n'ait été investigué par l'intimé.

Il découle de ce qui précède que le dossier est insuffisamment instruit.

**9. 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 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'espèce, 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 connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit

la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA). Il lui appartiendra de mettre en œuvre une expertise avec, à tout le moins, des volets en médecine interne, orthopédie, rhumatologie et psychiatrie, puis de rendre une nouvelle décision tenant compte de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant l'obésité (TF 8C\_104/2024 précité).

**10. a)** En conclusion, 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 nouvelle décision.

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

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGGA).

Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'900 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 30 janvier 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 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 une indemnité de 1'900 fr. (mille neuf cents francs) à P. \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Odile Pelet (pour la recourante),
- 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 :