

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Wiedler, juge, et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

K. _____, à Z. _____, recourante,

et

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

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1993, mariée et mère de deux enfants (nés en 2022 et 2024), au bénéfice d'une maturité fédérale et d'un bachelor en enseignement primaire et préscolaire délivré par la Haute école L._____ en juin 2016, travaille depuis le 1^{er} août 2016 en qualité de maîtresse généraliste auprès de l'Etablissement primaire et secondaire de J._____ et environs. Elle a présenté une incapacité de travail de 50 % depuis le 26 février 2020, puis de 61 % dès le 23 juin 2020.

Souffrant d'une arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire, K._____ a déposé, le 18 mai 2020, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée.

Le 5 juin 2020, l'assurée a complété le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) ». Elle a indiqué que, en bonne santé, elle travaillerait à 100 % en tant qu'enseignante primaire, cette activité professionnelle constituant une vocation pour elle.

Dans un rapport du 8 juin 2020, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - d'arthrite juvénile idiopathique enthésitique et axiale depuis 2007. D'après ce médecin, la capacité de travail - fixée à l'époque à 50 % - n'était pas susceptible d'être améliorée, car l'objectif du traitement visait surtout à stabiliser la progression de la maladie afin d'augmenter la qualité de vie. Il a joint à son rapport différents documents, tels que consiliums et comptes-rendus d'exams complémentaires spécialisés.

L'assurée faisant l'objet d'une prise en charge au sein du Service de rhumatologie de l'Hôpital T._____, l'office AI a demandé à la Dre G._____, médecin adjointe, d'établir un rapport à son intention, ce

qu'elle a fait en date du 25 août 2020. Elle y retenait le même et unique diagnostic incapacitant que celui posé par son confrère prénommé, non sans évoquer des douleurs du rachis et du bassin dues à l'activité de la maladie, ce qui entraînait des difficultés à garder la même position, à porter de lourdes charges et la nécessité de faire des pauses en raison d'une importante fatigue. En fonction de l'efficacité du traitement et de l'évolution de la maladie, il n'était pas exclu que l'assurée puisse retrouver une capacité de travail estimée entre 70 et 100 % dans son activité habituelle.

Dans un nouveau rapport du 26 avril 2021, la Dre G._____ a relevé que la situation était stable et que la capacité de travail dans l'activité habituelle demeurait fixée à 40 %. Outre les problèmes évoqués dans son précédent rapport, sa patiente souffrait de douleurs aux mains et éprouvait des difficultés à emprunter des escaliers. Elle avait également besoin d'aide pour se laver et se brosser les cheveux.

A la demande de l'office AI, la Dre G._____ a indiqué, le 11 octobre 2021, que l'assurée présentait des douleurs à la palpation de la colonne dorsolombaire au niveau des processus épineux avec une limitation des amplitudes articulaires de la colonne dorsolombaire moyenne, ajoutant qu'un simple effleurement était douloureux. Cette médecin a également fait état de douleurs à la palpation des poignets et des articulations interphalangiennes proximales, mais sans synovite ou ténosynovite palpable. Elle a expliqué que la diminution de la capacité de travail à 60 % était due à l'activité de la maladie et à un syndrome douloureux chronique surajouté, sur lesquels se greffait un possible trouble de l'humeur.

Ensuite de l'avis médical établi le 18 janvier 2022 par le Dr Q._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), l'office AI a confié au SMR le soin de procéder à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Les examens utiles ont été réalisés le 20 mars 2023 par les Drs R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et W._____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Leur rapport du 19 avril 2023 mentionnait en page 1 qu'un « astérisque dans le texte correspond à une référence versée au dossier par l'examineur » ; il s'agissait des documents suivants résumés sous l'intitulé « documents du dossier » :

- rapport du 8 février 2010 des Drs C._____, spécialiste en pédiatrie, allergologie et immunologie clinique, et F._____, alors médecin assistante, au Dr O._____, spécialiste en pédiatrie ;
- rapport du 7 novembre 2011 du Dr S._____, médecin praticien, et de la Dre M._____, alors médecin assistante, au Dr O._____ ;
- rapport du 25 novembre 2011 du Prof. C._____ au Dr B._____ ;
- rapport du 16 septembre 2020 de la Dre G._____ au Dr B._____ ;
- rapport de consultation du 4 janvier 2021 du Prof. C._____ ;
- rapport du 22 mars 2022 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, à la Dre N._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Sur la base de leur examen, les Drs R._____ et W._____ ont posé comme diagnostic principal - avec répercussion durable sur la capacité de travail - celui d'arthrite juvénile idiopathique de forme axiale et enthésitique (spondylarthrite) et, à titre de diagnostic associé, celui de status après ostéosynthèse d'une fracture trimalléolaire de la cheville gauche le 5 septembre 2022. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu des séquelles de la maladie de Scheuermann, des pieds plats valgus avec coalition calacanéonaviculaire bilatérale et une fibromyalgie. S'agissant de l'exigibilité, ces médecins ont conclu, sur le plan psychiatrique, à une capacité de travail entière depuis toujours en l'absence de diagnostic incapacitant ; sur le plan rhumatologique, ils ont estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'enseignante - considérée comme adaptée - était de 75 % à compter du 26 février 2020, hormis une incapacité totale de travail entre le 5 septembre 2022 et le mois de mars 2023 en lien avec une fracture de la cheville gauche.

Par projet de décision du 13 juin 2023, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière

d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} novembre 2022 et le 30 juin 2023.

A la suite de la contestation formulée par l'assurée le 6 septembre 2023, l'office AI a soumis le cas au SMR. Dans un avis médical du 2 octobre 2023, la Dre X. _____ a pris position en ces termes à propos des éléments médicaux transmis à l'appui de cette démarche :

« La fatigue et les douleurs alléguées par l'assurée ont été prises en compte dans l'expertise, ce sont justement celles-ci qui motivent une incapacité de travail de 25 % dans toute activité depuis 2020. Les répercussions au quotidien ont bien été évaluées dans l'examen clinique SMR, notamment le manque d'autonomie dans les tâches ménagères depuis déjà 7 ans, soit depuis qu'elle vit en couple, néanmoins des centres d'intérêts conservés à l'exception des activités qu'elle n'a plus le temps de faire en lien à la naissance de sa fille.

Dans les rapports médicaux reçus, nous n'avons pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier nos précédentes conclusions. Cliniquement, le status rhumatologique est rassurant et les limitations au quotidien sont déjà connues et ont été prises en compte. Bien qu'une reprise chirurgicale ait eu lieu au niveau de la cheville, et pour laquelle on peut admettre une incapacité de travail durant 3 mois (incapacité de travail [de] 100 % dès le 27 juillet 2023, incapacité de travail [de] 64 % du 20 août 2023 au 25 octobre 2023), l'expert rhumatologue relevait une évolution difficile due au vécu douloureux. En l'absence de complications postopératoires et du caractère peu contraignant de la profession d'enseignante (à l'exception du cours de gymnastique), elle pouvait reprendre son activité dès mars 2023 car la fracture de septembre 2022 était considérée comme plus incapacitante depuis lors.

En conclusion, nous n'avons pas de nouvel élément permettant de nous écarter des précédentes conclusions hormis qu'une incapacité de travail peut être retenue 3 mois après la reprise chirurgicale de la cheville (incapacité de travail [de] 100 % dès le 27 juillet 2023, incapacité de travail [de] 64 % du 20 août 2023 au 25 octobre 2023) ».

Par projet de décision du 2 octobre 2023 annulant et remplaçant celui du 13 juin précédent, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2022 au 30 novembre 2023 et à une rente s'élevant à 64 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2023 au 31 janvier 2024. Selon ses constatations, l'intéressée avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 26

février 2020. Or, à l'échéance du délai de carence d'une année, à savoir le 26 février 2021, elle disposait d'une capacité de travail de 75 % dans son activité habituelle ainsi que dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles. A la suite d'une dégradation de son état de santé, elle avait présenté une incapacité de travail totale en toute activité dès le 5 septembre 2022. En raison du préjudice économique résiduel de 25 %, l'office AI a procédé à une invalidité moyenne afin de déterminer la nouvelle date de longue maladie. Compte tenu de 292 jours d'incapacité de travail à 25 % et de 73 jours d'incapacité de travail à 100 %, c'était au 16 novembre 2021 qu'elle avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins durant une année. Dès lors, à l'échéance du délai en question, soit le 16 novembre 2022, elle avait droit à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité. Or il ressortait des pièces médicales et économiques portées au dossier que, depuis le 20 août 2023, une capacité de travail de 36 % était à nouveau exigible de sa part dans son activité habituelle et, à partir du 26 octobre 2023, de 75 %.

Le 11 novembre 2023, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision, arguant d'éléments temporels erronés et d'une sous-estimation de l'incapacité de travail. Contrairement à ce que soutenait l'office AI, elle était toujours en arrêt de travail à la suite de l'accident du mois de septembre 2022 et n'avait pas repris l'exercice de son activité professionnelle à 75 % au mois d'octobre 2023. Il était donc erroné de retenir, comme le faisait la Dre X._____, l'absence de complications postopératoires en lien avec la fracture trimalléolaire de la cheville gauche. Dans ce contexte, elle a notamment produit un rapport établi le 4 novembre 2023 par la Dre A._____, spécialiste en neurologie, dans lequel cette médecin indiquait que la symptomatologie douloureuse ne s'était pas améliorée et qu'il convenait de maintenir un taux d'incapacité de travail de 64 % ; ce taux devait être réévalué en juillet 2024, à savoir une année après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en juillet 2023 pour tenir compte de l'évolution de la récupération nerveuse. L'assurée s'est également attachée à décrire les répercussions de ses douleurs, notamment au niveau des poignets et des coudes, sur son activité professionnelle et dans sa vie quotidienne. A cet égard, elle a annoncé

qu'une intervention chirurgicale au niveau du tunnel carpien était d'ores et déjà planifiée pour le 18 janvier 2024 (cf. rapport du 13 juin 2023 établi par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie de la main). Dans la mesure où il ressortait des différents documents médicaux produits à l'appui de sa contestation une « perte réelle et exemplifiée » de son autonomie et de ses capacités professionnelles à l'origine d'une incapacité de travail de 60 % au minimum, l'office AI ne pouvait retenir un taux d'invalidité inférieur à 40 %.

Après avoir transmis le dossier au SMR (avis médical du 11 mars 2024), l'office AI a pris position en ces termes sur la contestation de l'assurée (courrier du 18 mars 2024) :

« (...) »

Dans votre courrier du 11 novembre 2023, vous contestez notre position et alléguiez que nous n'avons pas pris en compte l'évolution de vos incapacités de travail et atteinte à la santé et nous transmettez des pièces médicales en appui.

Nous avons transmis le dossier au Service Médical Régional pour appréciation. Il ressort de leur avis au niveau de la cheville droite, une atteinte nerveuse est suspectée dans les suites de l'intervention, qui est toutefois sensitive uniquement. Vos plaintes sont exactement superposables à celles de l'examen clinique SMR du 20 mars 2023 à savoir une limitation de la marche après quelques minutes, des réveils nocturnes en raison des douleurs, une tuméfaction de la cheville ... et les répercussions ne semblent pas plus importantes au quotidien chez une assurée dont le conjoint prend en charge la plupart des tâches à domicile depuis de nombreuses années. Cliniquement l'examen est normal tout comme l'imagerie. Bien qu'une légère atteinte nerveuse soit présente, elle ne concerne que les nerfs sensitifs (transmission douloureuse mais pas de troubles moteurs) mais la situation clinique est superposable. Rappelons également que l'examen SMR du 20 mars 2023 avait relevé la présence d'un syndrome douloureux (fibromyalgie) qui participe probablement également au contexte.

Au niveau sacro-iliaque, l'IRM répétée en janvier 2024 est superposable. Les zones de sclérose étaient déjà documentées et il n'y a pas de signe d'inflammation. La prise de sang va dans le même sens avec des marqueurs de l'inflammation très légèrement augmentés (CRP 18 aspécifique) et une enzyme osseuse (PAL) qu'on s'attend beaucoup plus élevée en cas d'inflammations. Le fait qu'elle soit juste au-dessus du seuil va bien avec l'imagerie qui est calme. Au niveau des mains, l'intervention des tunnels carpiens engendre une incapacité de travail totale transitoire du 18 janvier 2024 au 29 février 2024 mais pas de limitations fonctionnelles. De plus, cela ne modifie pas le droit à la rente.

(...) »

Par décision du 1^{er} mai 2024, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 2 octobre 2023.

B. **a)** Par acte du 31 mai 2024, K._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une « rente permanente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2020 ». Elle faisait valoir que, depuis plusieurs années, son état de santé était à l'origine d'une incapacité de travail qu'elle se proposait de documenter au moyen de nouveaux rapports médicaux dont la production était d'ores et déjà annoncée.

b) Dans sa réponse du 9 juillet 2024, l'office AI a indiqué qu'en l'état du dossier constitué, il ne pouvait proposer que le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse, non sans relever qu'il examinerait attentivement, au besoin avec l'aide du SMR, d'éventuelles nouvelles pièces médicales.

c) Par courrier du 26 juillet 2024, la juge instructrice a imparti un délai au 26 août 2024 à l'assurée pour compléter son recours.

d) Par réplique du 27 juillet 2024, l'assurée a repris quasiment mot pour mot les termes de la contestation formulée le 11 novembre 2023 à l'encontre du projet de décision du 2 octobre 2023. Elle a conclu à ce que le taux d'invalidité soit « fixé à au moins 64 % ».

e) Dans sa duplique du 12 août 2024, l'office AI a observé qu'en l'absence de faits nouveaux, il ne pouvait que renvoyer au rapport d'examen clinique du SMR du 19 avril 2023 ainsi qu'aux avis de ce même service des 2 octobre 2023 et 11 mars 2024 contenant une prise de position quant aux éléments invoqués en procédure d'audition. Partant, il a derechef conclu au rejet du recours.

f) A l'appui de ses déterminations du 26 août 2024, l'assurée a produit un rapport établi le 23 août 2024 par le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, en neurologie, ainsi qu'en médecine physique et réadaptation. Ce médecin y faisait notamment état d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, dont le diagnostic avait été confirmé à sa consultation du 20 août précédent. Elle a également joint un rapport du 25 août 2024, dans lequel le Dr H._____, chef de clinique adjoint auprès de l'Hôpital E._____, avait diagnostiqué un syndrome douloureux régional complexe de la cheville gauche. L'assurée a ainsi demandé la réévaluation de son taux d'invalidité afin de tenir compte des « effets fortement invalidants » de ces deux nouvelles pathologies ; selon elle, cette analyse ne pouvait « conclure qu'à un taux d'invalidité bien supérieur à 64 % au vu de la pathologie déjà présente et incomplètement prise en compte par l'Office désormais aggravée par deux pathologies également présentes et aux conséquences tout aussi invalidantes dans toute activité ».

g) Le 8 octobre 2024, l'assurée a transmis un nouveau rapport du Dr V._____ du 27 août 2024, dont il ressortait qu'elle était enceinte et que le terme était prévu au mois de novembre suivant, ce qui posait la question d'une prise en charge particulière en cas de présence de fragilité tissulaire dans le cadre d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Ce médecin mentionnait par ailleurs que sa patiente ne présentait pas d'autre symptôme pouvant évoquer un syndrome d'autres pathologies du tissu conjonctif, syndrome de Marfan, une myopathie, une ostéogenèse imparfaite, un syndrome d'activation mastocytaire ou d'autres formes du syndrome d'Ehlers-Danlos.

h) A ses déterminations du 18 novembre 2024, l'office AI a joint l'avis rédigé le 5 novembre précédent par la Dre X._____, médecin auprès du SMR, dont il résultait que l'assurée n'avait pas amené d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été ignorés des médecins examinateurs et qui seraient susceptibles de jeter un doute sur leurs

conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles retenues. Il a dès lors une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

i) A l'appui de son écriture du 16 janvier 2025, l'assurée a produit les pièces médicales suivantes :

- rapport du 18 décembre 2024 du Dr V. _____ ;
- rapport du 23 décembre 2024 du Dr B. _____ ;
- rapport du 14 janvier 2025 du Dr H. _____.

Se fondant sur ces nouveaux documents, elle a relevé qu'ils démontraient l'étendue de ses limitations fonctionnelles, puisque ces dernières affectaient non seulement sa vie professionnelle mais touchaient également la sphère sociale et familiale, voire intime. Dans ces conditions, elles suffisaient, prises globalement, à diminuer durablement la capacité de travail à 36 %, voire davantage si elles devaient être additionnées les unes aux autres. Or elle avait montré sa volonté de conserver une activité professionnelle en dépit des limitations fonctionnelles pourtant dûment attestées par le corps médical. Au demeurant, les médecins prénommés étaient unanimes pour admettre que sa capacité de travail n'excédait pas 36 %. Partant, le taux d'invalidité devait être fixé à « au moins 64 % en raison des limitations fonctionnelles engendrées par les pathologies concomitantes d'arthrite juvénile idiopathique, de syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) hypermobile et en raison d'une évolution défavorable de la lésion de la cheville avec syndrome douloureux régional complexe chronique ».

E n d r o i t :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande de prestations déposée le 18 mai 2020, singulièrement sur le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Dans la mesure où les modifications en question n'ont aucun effet sur la présente cause, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur d'éventuels aspects de droit transitoire.

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) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

6. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 100 %. Or la situation familiale de l'intéressée a évolué depuis qu'elle a complété le formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » le 5 juin 2020. En effet, après son mariage, elle a donné naissance à une fille le 18 juin 2022 ; par ailleurs, elle était enceinte au moment de la rédaction des rapports du Dr V. _____ des 23 et 27 août 2024. Dans la mesure où le dossier tel que constitué ne permet pas de déterminer le point de savoir si le statut de la recourante a connu une modification depuis le dépôt de sa demande de prestations le 18 mai 2020, il convient, pour ce premier motif déjà, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'office intimé afin qu'il en complète l'instruction en mettant notamment en œuvre une enquête ménagère destinée à déterminer le statut actuel de l'intéressée, respectivement l'empêchement lié à l'activité ménagère.

7. a) Sur le plan médical, l'office intimé a retenu, dans la décision entreprise, que la recourante avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40 % en toute activité à compter du 16 novembre 2021 suivie, dès le mois d'août 2023, d'une capacité de travail de 36 % puis, dès le mois d'octobre suivant, d'une capacité de travail de 75 %. Sur cette base, l'office intimé lui a reconnu le droit à une rente s'élevant à 100 % d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2022 au 30 novembre 2023 et à une rente s'élevant à 64 % d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2023 au 31 janvier 2024.

b) La recourante estime qu'aucune amélioration réelle de son état de santé n'a été constatée, si bien qu'elle conteste l'appréciation de sa capacité de travail.

8. a) Le rapport d'examen clinique du SMR du 19 avril 2023 n'emporte pas la conviction et ne saurait avoir pleine valeur probante.

aa) Outre le fait que l'examen clinique au SMR ait eu lieu près de quatorze mois avant le prononcé de la décision litigieuse le 1^{er} mai 2024, il se fonde sur des bilans radiologiques ayant été effectués de 2010

à février 2021. Or, dans l'intervalle, la recourante a développé des douleurs au niveau de la colonne lombaire depuis son traumatisme de la cheville le 5 septembre 2022, ce qui a été constaté par le Dr R. _____ (cf. rapport d'examen du SMR du 19 avril 2023, pp. 9 et 13). Toutefois, ce dernier retient que malgré les douleurs lombaires et des pieds, aucune nouvelle inflammation n'a été mise en évidence sur les bilans radiologiques en se référant à une IRM du 18 février 2010 (*ibidem*, pp. 17-18). Il s'avère toutefois qu'une IRM des sacro-iliaques du 16 janvier 2024 a mis en évidence une sclérose bilatérale et un œdème sacro-iliaque droit, ce qui contredit l'appréciation du Dr R. _____ lequel a au demeurant retenu que la recourante présentait une maladie de Scheuermann dont les séquelles n'étaient pas incapacitantes. Par ailleurs, le Dr R. _____ conclut à « un changement de l'origine des douleurs, qui étaient dans un premier temps d'origine inflammatoire et sont actuellement plutôt de type fibromyalgique » (*ibidem*, p. 18). En l'état du dossier, on ne saurait donc affirmer comme l'a fait le Dr R. _____ que la recourante ne présente plus de douleurs d'origine inflammatoire.

bb) S'agissant de la fracture trimalléolaire de la cheville gauche, le Dr R. _____ précise que si l'évolution était qualifiée de difficile à deux mois et demi de l'accident, elle est « en l'absence de complications postopératoires, vraisemblablement due au vécu douloureux de l'assurée chez qui s'ajoute une kinésiophobie » (*ibidem*, p. 18). Or il s'avère que l'évolution peu favorable de la cheville a nécessité de consulter la Dre A. _____, neurologue, laquelle n'a pas exclu une problématique de récupération nerveuse raison pour laquelle elle a mis en place un traitement antalgique neuropathique *per os*. Elle a également retenu une incapacité de travail de 64 % jusqu'en juillet 2024, ce taux devant ensuite faire l'objet d'une nouvelle évaluation (rapport du 4 novembre 2023). Dans ce contexte, il n'est pas possible de confirmer la capacité de travail retenue dans la décision attaquée, ce d'autant que la recourante présente de nouvelles atteintes à la santé qui n'ont pas été investiguées par le SMR.

b) Dans un rapport du 13 juin 2023, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie de la main, a fait état de paresthésies invalidantes des deux mains prédominantes à droite, évoluant depuis plusieurs années, dans un contexte d'arthrite juvénile puis de spondylarthrite ankylosante. Compte tenu de la gêne et du manque de force, ce médecin a proposé une cure du tunnel carpien bilatéral agendée le 18 janvier 2024. Or le dossier tel que constitué ne contient pas le protocole opératoire ni un éventuel rapport de consultation ensuite de cette intervention.

c) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les conclusions du SMR comportent des lacunes et sont contredites par diverses pièces médicales au dossier. Il subsiste donc de sérieux doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le Service précité.

9. Il convient finalement d'examiner les périodes d'incapacité de travail retenues dans la décision attaquée au regard des pièces médicales au dossier.

a) Après avoir établi le 20 juin 2023 un certificat d'incapacité totale de travail à compter de cette date jusqu'au 20 août 2023, le Dr I._____, chef de clinique adjoint à l'Hôpital E._____, a, dans un certificat médical du 30 août 2023, attesté une capacité de travail de 36 % du 20 août au 25 octobre 2023. Dans ses avis médicaux des 2 octobre 2023 et 11 mars 2024, la Dre X._____ a validé les taux et périodes retenues par son confrère, que l'office AI a repris dans la décision attaquée. Il a ensuite retenu, conformément aux conclusions de l'examen clinique du SMR, une capacité de travail de 75 % dans l'activité habituelle - considérée comme adaptée - dès le 26 octobre 2023. Or, dans son avis médical du 11 mars 2024, la Dre X._____ a retenu, à la suite de l'intervention chirurgicale pratiquée aux mains le 18 janvier 2024, une incapacité totale de travail courant du 18 janvier au 29 février 2024. La décision litigieuse n'en fait toutefois nulle mention. Aussi ne saurait-elle être suivie. En tout état de cause, se pose la question de savoir si les atteintes à la cheville et aux poignets sont des nouvelles atteintes pour

lesquelles un nouveau délai de carence aurait dû s'appliquer, ce d'autant que, dans son rapport du 4 novembre 2023, la Dre A. _____ a retenu une incapacité de travail de 64 % pendant une année à compter de la date de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en juillet 2023 (cf. ATF 136 V 369 consid. 3.1 et les références).

b) Au final, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office AI à considérer que l'état de santé de la recourante s'était amélioré au mois d'octobre 2023 au point qu'elle aurait alors retrouvé une capacité de travail de 75 % dans son activité habituelle. Les perspectives d'amélioration ne sont pas suffisantes et n'ont pas été vérifiées par la suite ; en outre, des aggravations ont été annoncées sans que l'office AI n'ait véritablement procédé à des investigations afin de déterminer si les nouveaux éléments rapportés étaient de nature à modifier l'appréciation selon laquelle la recourante avait recouvré une capacité de travail significative. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits médicaux pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical en vue de déterminer plus particulièrement quels sont les troubles qui affectent la recourante postérieurement au mois d'octobre 2023 et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail.

10. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

11. 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. 1^{bis} 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. 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 1^{er} mai 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée 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 :

Le greffier :

Du

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

- Mme K. _____,
- 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).

Le greffier :