

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 et 28a al. 2 et 3 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, vit avec son époux, responsable du contrôle marchandise dans une usine dans le canton de [...], et leur fils cadet, gestionnaire de commerce actuellement au chômage. L'assurée a travaillé en qualité de caissière - vendeuse auprès de différents employeurs, à un taux d'activité variant entre 50 % et 100 %, excepté le dernier poste auprès d'un kiosque (horaires de travail entre quatre à quatorze heures par semaine ; contrat résilié pour le 31 août 2014). Elle a été en incapacité totale de travail depuis le 6 janvier 2014.

Selon un rapport du 3 avril 2014 du Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, l'assurée souffrait d'une sciatalgie gauche avec parésie des fléchisseurs de la cuisse et du quadriceps depuis décembre 2013 sur hernie discale L4-L5 gauche. Le médecin a décrit une persistance de lombocruralgies et un lâchage du genou gauche avec risque de chute malgré un traitement antalgique et des infiltrations périurales. Il a ajouté à son diagnostic une obésité (BMI 37), une hypertension artérielle, un diabète et de l'asthme. L'assurée avait également eu un accident vasculaire cérébral en 2005 ayant évolué sans séquelle selon le Dr E._____.

Dans le cadre d'une procédure de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), la situation de l'assurée a été annoncée par l'assureur perte de gain le 14 avril 2014.

Le rapport initial de détection précoce du 28 avril 2014 établi par l'OAI mentionnait que l'assurée faisait les courses, la cuisine et que pour les tâches ménagères, elle avait l'aide d'un de ses fils qui était au chômage.

Vu l'issue de la procédure de détection précoce, l'assurée a déposé une demande de prestations AI le 19 juin 2014. Elle y a entre autres indiqué avoir une formation de secrétariat et de langue.

Aux termes du rapport du 23 juin 2014 du Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie auprès du Service de neurologie du Centre hospitalier D._____, l'assurée présentait notamment une hernie discale L4-L5 foraminale gauche avec conflit L4 gauche d'après une IRM du rachis lombaire du 30 décembre 2013.

Selon un rapport du 26 juin 2014 du Dr E._____, le diagnostic incapacitant de lombosacralgies chroniques avec parésie des fléchisseurs de la cuisse sur hernie discale L4-L5 a été posé. Le pronostic était plutôt défavorable vu la chronicité des lombosacralgies et malgré une opération neurochirurgicale prévue le 29 juillet 2014. Le praticien a retenu une incapacité totale de travail et la nécessité d'une évaluation des restrictions en milieu spécialisé en automne 2014 après la cure d'hernie discale.

L'intervention chirurgicale prévue a eu lieu le 29 juillet 2014 et a consisté en une cure d'hernie discale L4-L5 paramédiane gauche luxée vers le haut, pour des cruralgies L4 gauches déficitaires.

Dans un rapport du 17 août 2014 adressé à l'OAI, le Dr U._____ a indiqué une incapacité totale de travail du 6 août 2014 au 17 octobre 2014, avec une reprise à 50 % à partir de cette date. Les restrictions énumérées étaient le port de charges lourdes et la station debout prolongée.

Remplissant le formulaire 531bis concernant la détermination du statut (part active et part ménagère), l'intéressée a indiqué le 10 septembre 2014 l'exercice d'une activité à 50 % en qualité de vendeuse - caissière si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Selon le rapport médical postopératoire du 20 novembre 2014, le Dr U._____ a mentionné une régression partielle des cruralgies gauches et une amélioration modérée de la faiblesse du pied gauche selon la patiente. Le praticien a qualifié l'évolution de discrètement favorable. Il a préconisé une reprise partielle de l'activité professionnelle, à hauteur de 50 % sur une semaine à dix jours, afin d'évaluer l'autonomie de la patiente, ainsi que l'évolution des douleurs dans son milieu professionnel. Il a ajouté que les suites étaient à définir en fonction de l'évolution des douleurs lombaires et de la cuisse gauche, ainsi que de l'autonomie professionnelle de l'assurée.

A la teneur du rapport médical établi le 23 décembre 2014 par le Dr E._____, l'évolution favorable de l'assurée permettait d'envisager une reprise à 50 % dès le 3 novembre 2014 avec une restriction quant aux activités assise ou debout prolongées. Le médecin a aussi indiqué qu'une augmentation de la capacité de travail au-delà de 50 % n'était pas envisageable au vu de l'anamnèse.

Par courrier du 8 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Selon le rapport du 23 février 2015 du Dr U._____, des douleurs à type brûlures relativement gênantes pour la patiente, compatibles avec des douleurs de type neuropathie selon le médecin, persistaient et la faiblesse des quadriceps était restée stable.

En date du 2 avril 2015, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant un refus du droit aux prestations dans la mesure où l'assurée avait, selon l'Office, une pleine capacité de travail dès le 3 novembre 2014.

Le Dr E._____ a adressé un rapport le 16 avril 2015 à l'OAI mentionnant une capacité de travail de 50 % dès le 3 novembre 2014 pour une durée indéterminée, mais probablement de manière définitive. Le

médecin a ajouté que l'état de santé de sa patiente ne lui permettait pas de travailler plus de cinq heures d'affilée dans la journée et que son activité devait être variée pour éviter les stations assises ou debout immobiles prolongées.

Aux termes du rapport du 30 juin 2015 du Dr U._____, il ressort que l'assurée avait développé depuis un mois une douleur droite tronquée au bassin. Selon le médecin, sa patiente décrivait une sensation de lâchage du côté gauche. Sous le paragraphe « Status » étaient notamment relevés un déficit du quadriceps gauche M4+ et une persistance d'une hypotesthésie dans le territoire jambier L5 gauche.

Par courrier du 9 juillet 2015, suite à différentes prolongations de délai, l'assurée, représentée par son assurance protection juridique, a fait part de ses objections à l'OAI quant au projet de décision du 2 avril 2015 en exposant que sans atteinte à la santé, elle aurait cherché à exercer une activité lucrative à plein temps vu que ses enfants étaient grands. Elle a ajouté qu'elle avait d'abord travaillé à temps partiel pour s'occuper de ses enfants, mais également en raison de l'impossibilité pour son employeur de lui proposer un poste avec un taux d'activité plus élevé. L'intéressée a expliqué que par la suite, elle avait été découragée par ses problèmes de santé de chercher un autre emploi pour compléter son activité à temps partiel. L'assurée a encore invoqué avoir mal lu le formulaire 531bis, comprenant qu'on lui demandait sa capacité de travail avec l'atteinte à la santé. Elle a produit un rapport du 23 juin 2015 du Dr E._____ relevant que l'état de l'assurée ne lui permettait pas d'envisager une activité de plus de 60 %, même avec un reclassement professionnel.

Sur demande du Service médical régional (ci-après : le SMR), le Dr E._____ a rédigé un rapport le 21 juillet 2015, proposant la mise en œuvre d'une expertise et mentionnant entre autres que l'assurée avait constaté ne pas pouvoir travailler plus d'une demi-journée, ce qui avait provoqué chez elle une aggravation de son état dépressif et anxieux.

Vu ce document et l'avis médical du SMR du 13 août 2015, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été mis en œuvre. Le rapport d'examen clinique SMR du 9 décembre 2015 établi par le Dr I._____, spécialiste en rhumatologie, ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, et par la Dresse Y._____, spécialiste en psychiatrie, a conclu à une incapacité de travail totale dans une activité habituelle et à une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée, ce depuis le mois de novembre 2014. Les médecins ont posé les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de lombalgies avec hyporéflexie rotulienne gauche dans le contexte d'un status après cure chirurgicale d'une hernie discale L4-L5 gauche le 29 juillet 2014, de troubles dégénératifs (protusion discale L1-L2, L4-L5, L5-S1, arthrose facettaire postérieure étagée), et de remaniement inflammatoire post-opératoire L4-L5. On extrait ce qui suit de ce rapport s'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail :

« **Limitations fonctionnelles**

Sur le plan rhumatologique, elles concernent le rachis lombaire : activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'alternance des positions au gré de l'assurée, évitement du port de charges supérieures à 5 kilos, éviter les déplacements en terrains irrégulier ou glissant, éviter les travaux en hauteur ou sur échelle, à genou ou accroupie, évitement des positions du tronc en porte-à-faux et les activités nécessitant les flexions/rotations répétées du tronc, évitement de l'utilisation des machines dangereuses ou vibrantes et les activités demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules (hyperlordose lombaire).

[...]

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, le Dr E._____ atteste une incapacité de travail de 50 % dès le 03.11.2014 selon son rapport médical du 16.04.2015.

Dans son courrier du 21.07.2015, le Dr E._____ estime qu'il n'est pas possible à l'assurée de travailler plus d'une demi-journée car au-delà, elle se met en échec, ce qui provoque une aggravation de son état dépressif et anxieux (rapport du 21.07.2015). Nous ne nous alignons pas sur cette appréciation pour des motifs rhumatologiques. En effet, la situation de l'assurée s'est considérablement améliorée dans les suites de l'intervention chirurgicale de juillet 2014. Il n'y a aujourd'hui aucun élément objectif en faveur d'une irritation radiculaire. Il n'y a pas non plus de déficit sensitif. Le seul élément objectif est celui d'une hyporéflexie rotulienne qui en soi n'est pas incapacitante ainsi qu'un certain

manque d'endurance du quadriceps gauche qui ne ressort pas à l'examen analytique mais que nous pouvons retenir.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail. »

Cet examen relevait également que l'assurée préparait le petit-déjeuner et le repas à emporter pour son mari le matin. Pendant la matinée, elle s'occupait du ménage, l'aspirateur étant passé par le fils aîné, et faisait la lessive, deux machines par jour et le repassage tous les jours un peu. Selon le rapport, l'assurée préparait les repas à midi et faisait les courses l'après-midi, soit quatre à cinq fois par semaine, seule en prenant le bus et en utilisant un chariot.

Selon l'avis médical du SMR du 23 décembre 2015, les conclusions du rapport de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 9 décembre 2015 pouvaient être entièrement suivies, soit une incapacité de travail totale dès le 6 janvier 2014 dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée depuis 2013, avec les limitations fonctionnelles relevées dans l'examen SMR précité.

Il ressort du rapport du 23 mars 2016 du Dr U._____ une persistance des douleurs neuropathiques qui pouvaient être en relation selon le médecin avec l'importance et la durée de la compression initiale sur la racine L4 gauche.

Un rapport a été établi le 20 juin 2016 par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D._____. Le médecin a notamment évoqué ce qui suit :

« A mon avis, Madame V._____ présente une symptomatologie d'origine multifactorielle. D'un côté, il y a un syndrome irritatif chronique L4/L5 gauche à prédominance L4, renforcé probablement par le diabète. Il y a aussi une gonarthrose gauche avec un syndrome fémoro-patellaire qui participe à la symptomatologie douloureuse, aux lâchages douloureux et au manque de force du genou gauche. Elle présente aussi des lombalgies basses. Il y a également des troubles dégénératifs de la colonne lombaire qui peuvent participer à la symptomatologie et des troubles statiques

sous forme d'une scoliose longue. Il se surajoute un syndrome d'hypermobilité articulaire. »

Vu les indications données par l'assurée dans le formulaire 531bis, une enquête économique sur le ménage a été réalisée. Dans son rapport du 10 novembre 2016, l'enquêtrice a mentionné une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Elle a arrêté le statut d'actif à 60 % et le statut ménager à 40 % vu les déclarations de l'assurée lors de l'entretien, cette dernière ayant précisé qu'elle aurait travaillé à un taux de 60 % en bonne santé afin d'avoir du temps pour faire les repas et le ménage. L'enquêtrice a conclu à l'absence d'empêchement ménager dans la mesure où l'assurée continuait à effectuer une grande partie de son ménage en procédant par étapes et selon ses douleurs ou sa fatigue. Une aide du mari et du fils cadet a aussi été relevée, en particulier pour les activités que l'assurée ne pouvait plus faire.

L'OAI a envoyé un nouveau projet de décision en date du 7 février 2017, prévoyant un refus de rente vu le taux d'invalidité de 6 % après prise en compte d'une part active de 60 % et de 40 % pour la part ménagère.

Par courrier du 13 mars 2017, l'assurée, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, a fait part de ses objections à l'OAI, notamment quant au statut mixte retenu pour l'évaluation du taux d'invalidité, taux qu'elle a aussi contesté. Le refus des mesures d'ordre professionnel a également été critiqué et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et d'une nouvelle enquête ménagère a été requise.

Par décision du 3 avril 2017, l'OAI a confirmé l'invalidité de 6 % de l'assurée, entraînant un refus de toute rente invalidité. L'Office a exposé que l'assurée avait confirmé lors de l'enquête ménagère ne pas vouloir travailler à plein temps, même si elle était en bonne santé, mais seulement à 60 %, ce qui justifiait le statut mixte. Pour ce qui est du rapport du SMR du 9 décembre 2015, l'OAI a indiqué qu'il revêtait toutes les caractéristiques d'un rapport médical probant. Enfin, s'agissant de l'enquête économique sur le ménage du 10 novembre 2016, elle n'était

pas non plus critiquable du point de vue de l'Office vu les exigences en la matière.

B. Par acte du 23 mai 2017, V._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision rendue le 3 avril 2017 par l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à la réforme de cette décision, en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité partielle dont le taux est à fixer à dire de justice, à compter du 1^{er} janvier 2015, avec intérêt à 5 % l'an, dès le 1^{er} janvier 2017 ; subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et prétend par conséquent à une incapacité supérieure à 6 %. Elle invoque une application erronée de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, qui se fonde sur une enquête économique sur le ménage également inexacte. La recourante ajoute ne pas avoir compris la teneur du formulaire de détermination du statut, en soutenant qu'elle pensait devoir indiquer le taux auquel elle estimait pouvoir travailler. Elle souligne également que le rapport d'examen SMR du 9 décembre 2015 est contradictoire, de sorte que sa valeur probante doit être remise en question. Elle met encore en exergue une instruction lacunaire, nécessitant la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ainsi que l'audition de différents témoins. Enfin, la recourante demande à titre subsidiaire de pouvoir bénéficier de mesures de reclassement professionnel.

A l'appui de son écriture, la recourante produit différentes pièces, dont deux rapports du Dr L._____ des 1^{er} décembre 2016 et 1^{er} mars 2017 mentionnant des douleurs au genou gauche et des chutes, ainsi que les diagnostics suivants :

« **Diagnostic principal :**

- Lombalgies chroniques avec :
 - Status post-laminotomie L4/L5 en juillet 2014 pour une hernie discale L4/L5 avec irritation de la racine L4.
 - Troubles dégénératifs lombaires avec discopathies L4/L5, L5/S1 et L1/L2, ainsi qu'arthrose interfacettaire postérieure.

- Déconditionnement physique global et focal.
- Syndrome bénin d'hypermobilité articulaire.
- Irritation chronique L4 gauche.

Diagnostiques secondaires :

- Syndrome fémoro-patellaire G. »

Dans sa réponse du 28 juillet 2017, l'intimé a transmis un avis médical du 13 juillet 2017 du SMR en indiquant que l'existence d'une gonarthrose gauche avec syndrome fémoro-patellaire rapportée par le Dr L. _____ dans son courrier du 20 juin 2016 constituait un fait nouveau survenu depuis l'examen bidisciplinaire de 2015, nécessitant un complément d'examen rhumatologique. Le rapport SMR en question soulignait une « modification/aggravation » de l'état de santé de l'assurée antérieurement à la décision contestée.

En droit :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, compte tenu des fêtes, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

c) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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_410/2014 précité consid. 3.3).

5. a) S'agissant tout d'abord de la situation médicale, la recourante soutient que toute valeur probante doit être déniée au rapport du SMR du 9 décembre 2015, dès lors que l'intimé n'a pas tenu compte, selon la recourante, des autres rapports médicaux au dossier, notamment de ceux du Dr E._____ et du Dr U._____ pour se prononcer sur l'incapacité de travail, ni de la globalité des antécédents médicaux et de leur impact sur son affect. La recourante critique ainsi la capacité de travail retenue par l'intimé.

b) Dans sa réponse du 28 juillet 2017, l'intimé renvoie à un nouvel avis du SMR du 13 juillet 2017, qui relève un fait survenu après l'examen clinique SMR du 9 décembre 2015, à savoir l'existence d'une gonarthrose gauche avec syndrome fémoro-patellaire constatée par le Dr L._____ dans son rapport du 20 juin 2016, antérieure à la décision du 3 avril 2017 et susceptible de modifier, respectivement d'aggraver l'état de santé de la recourante. Le SMR estime nécessaire de compléter l'instruction médicale par un examen rhumatologique.

c) L'examen clinique SMR du 9 décembre 2015 ne traite en effet pas la question d'une gonarthrose gauche. Comme le relève l'intimé dans sa réponse du 28 juillet 2017, il s'agit d'un fait nouveau, inconnu du Dr I._____ et de la Dresse Y._____ au moment de la rédaction de leur rapport du 9 décembre 2015. Cette atteinte peut avoir des conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que l'examen clinique, sur lequel la décision attaquée se fonde, est incomplet s'agissant de la situation médicale de la recourante.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'est pas en mesure de se déterminer sur la capacité de travail de la recourante, de telle sorte que la discussion des autres griefs de la recourante quant à la valeur probante de l'examen clinique du SMR s'avère superflue.

6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits

pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3^{ème} éd. 2015, n° 27 *ad* art. 43 LPGA).

b) 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'occurrence, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante en procédant à un complément d'examen rhumatologique, ce que l'intimé concède d'ailleurs elle-même.

L'instruction médicale étant dès lors incomplète, avec pour corollaire le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, il s'avère vain de débattre de la capacité ménagère et de la capacité de travail. Ces questions ne seront donc pas tranchées, ni celles des mesures professionnelles vu ce qui précède. Les mesures d'instruction requises par la recourante peuvent également être écartées vu le renvoi.

7. a) Quand bien même le recours doit être admis pour les motifs qui précèdent et renvoyé à l'intimé, le principe de l'économie de la procédure impose d'examiner le statut de l'assurée et le choix de la méthode d'évaluation du degré d'invalidité.

b) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être

consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2 et la référence citée).

c) En l'espèce, une part active à 60 % et une part ménagère à 40 % ont été retenues par l'OAI sur la base des précisions apportées lors de l'enquête économique sur le ménage du 10 novembre 2016. La recourante fait grief à l'intimé de s'être fondée sur ladite enquête qui ne reflétait pas la réalité selon elle. La recourante soutient par ailleurs qu'elle n'a pas compris le formulaire 531bis s'agissant de la détermination de la part active, respectivement de la part ménagère, et qu'on ne peut attendre de son mari et de son fils qu'ils participent à la tenue du ménage dans la mesure évoquée par l'enquêtrice.

d) A ce titre, on n'exclut certes pas que la recourante n'ait pas compris le formulaire 531bis. En revanche, il n'existe aucun élément ressortant de l'enquête économique sur le ménage autorisant à considérer que la détermination du statut serait demeurée à ce stade de la procédure une notion incompréhensible à la recourante, laquelle avait au demeurant l'opportunité de questionner plus avant l'enquêtrice sur ce point.

De plus, en présence de contradiction dans les déclarations d'un assuré, il convient de retenir la première affirmation (consid. 7b *supra*).

La volonté de travailler à 60 % se déduit par ailleurs de l'absence de recherche d'emploi à plein temps auprès d'un autre employeur après l'échec des demandes répétées d'augmentation du taux d'activité (courrier de l'assurée du 9 juillet 2015).

En conséquence, la détermination du statut 60 % part active et 40 % part ménagère n'est pas critiquable.

8. a) Reste à examiner le grief de la recourante relatif à la méthode applicable pour l'évaluation du degré d'invalidité.

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

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4).

Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA,

l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

Le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte -, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194 consid. 3b ; ATF 133 V 504 consid. 3.3 et les références citées ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2).

c) En l'occurrence, l'OAI a appliqué la méthode mixte. En l'absence d'atteinte à la santé incapacitante, la recourante, vivant avec son mari et l'un de ses fils, a déclaré vouloir travailler à 60 %, pour se consacrer le reste du temps à ses travaux habituels, en l'occurrence la tenue de son ménage. Vu les considérants précédents quant à la détermination du statut (consid. 7 *supra*), l'intimé a appliqué à juste titre la méthode mixte pour évaluer le degré d'invalidité vu que la recourante n'exerce que partiellement une activité lucrative, consacrant le reste de son temps à ses travaux habituels.

Cela étant, dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale de la recourante (consid. 5 et 6 *supra*), il appartiendra à l'intimé de reprendre les calculs s'agissant du degré d'invalidité en fonction du résultat de l'examen complémentaire, cas échéant d'une nouvelle enquête ménagère sur la base des atteintes objectivées médicalement.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé sur la question de la situation médicale de la recourante, doit être partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés *in casu* à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 3 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédérale 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 :