

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 octobre 2021

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Neu, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 8 et 28 LAI ; art. 87 RAI

E n f a i t :

A. Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960, sans formation professionnelle certifiée, a exercé différentes activités, notamment en qualité de nettoyeuse, de femme de chambre, d'aide cuisinière et d'ouvrière.

Le 15 mai 2001, elle a déposé 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 faisant état d'importantes séquelles à l'avant-pied droit à la suite d'une blessure par balle en 1985.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a notamment fait réaliser un examen bi-disciplinaire de l'assurée par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), qui a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status après arthrodèse de l'articulation métatarso-phalangienne droite avec douleurs résiduelles et de cervico-dorso-lombalgies avec brachialgies droites. Sans effet sur la capacité de travail, le SMR a mentionné un probable status après syndrome de stress post-traumatique en rémission complète et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre ou d'aide de cuisine était pratiquement nulle, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, soit un travail semi-sédentaire ou sédentaire, sans longs déplacements, sans ports de charges supérieures à 15 kg et sans mouvement de penché en avant ou en porte-à-faux.

Par décision du 29 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, estimant qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et que son degré d'invalidité était de 10 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente ou à un reclassement professionnel.

L'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent le 14 février 2011, qui a été rejetée par décision du 7 décembre 2011, l'OAI estimant que l'assurée avait besoin d'aide uniquement pour se déplacer, les autres actes de la vie courante pouvant être effectués de manière autonome.

B. Le 2 mai 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant une fracture des deux pieds et une fracture tassement de la colonne vertébrale à la suite d'une chute dans les escaliers le 2 mars 2012.

Dans un rapport du 18 juin 2012, les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et B._____, médecin-assistant à T._____, ont mentionné que l'assurée avait séjourné dans cet établissement du 21 mars au 12 juin 2012. Ils ont posé les diagnostics de fractures des deux calcanei et de fracture-tassement de L1 le 2 mars 2012, de réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcaneums le 6 mars 2012, de spondylodèse D12-L2 percutanée le 6 mars 2012, de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, de syndrome de dépendance à l'alcool, d'antécédent d'explosion d'une bombe avec lésions au pied droit en 1985, d'antécédent de toilette articulaire et allongement de l'extenseur en raison d'une nécrose post-traumatique du premier métatarsien droit, d'antécédent d'une arthrodèse de la première articulation métatarso-phalangienne droite en 1997, d'antécédent d'ablation du matériel d'ostéosynthèse en 1998 et arthroplastie du deuxième orteil droit, d'antécédent de ténosynovite de De Quervain du poignet gauche avec kyste téno-synovial et thrombus veineux face palmaire du poignet gauche opérée en 2010, ainsi que d'antécédent d'intoxication à la fumée et monoxyde de carbone, de brûlure laryngée grade II, de brûlure trachéo-bronchique grade I, et d'atélectasies du lobe supérieur du poumon droit dans les suites d'un incendie en 2004. A la fin du séjour, à pas tout à fait trois mois de l'accident, l'incapacité de travail était totale et devait être réévaluée ultérieurement.

Dans le cadre de la détermination de son statut, l'assurée a indiqué le 1^{er} juin 2012 à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis mai 2006 à 100 % en qualité d'ouvrière d'usine par nécessité financière.

Dans un rapport du 18 juillet 2012 à l'OAI, le Dr H._____, médecin traitant de l'assurée depuis 2003, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fractures des deux calcanéums, de fracture tassement de L1, de réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcanéums, de spondylodèse de D12-L2 en percutanée, d'épisode dépressif moyen depuis plusieurs années, d'éthylisme chronique actif, de gonarthrose droite, de status post blessure par balle de la première articulation métatarso-phalangienne droite avec nécrose post-traumatique, de status post multiples opérations du pied droit, de status post opération du canal carpien gauche, de status post arthrodèse MP D1 (métacarpo-phalangienne doigt 1) gauche, de status post section et plastie de la première coulisse et excision du kyste, ainsi que d'excision thrombus face palmaire du poignet gauche. Le Dr H._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 30 septembre 2003 et a émis un pronostic défavorable. Il a notamment joint deux rapports d'hospitalisation des 17 novembre 2008 et 18 juin 2009 de R._____ relatifs à deux hospitalisations de l'assurée pour alcoolisation aiguë.

Dans un rapport du 19 avril 2013 à l'OAI, le Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à R._____, a posé les diagnostics de fracture ouverte de Wedge en compression-flexion de L1 avec fracture des deux calcanéï, de status post spondylodèse D12-L2 en percutané et de status post réduction fermée et ostéosynthèse percutanée des deux calcanéï. Le dernier bilan radiologique montrait une décompensation d'une arthrose sous-talienne bilatérale susceptible de nécessiter une arthrodèse. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis l'accident du 2 mars 2012, en précisant que la patiente ne pouvait pas se déplacer pendant de longues

durées à cause des douleurs chroniques au niveau du dos et des deux membres inférieurs.

A la suite d'un avis du SMR préconisant une expertise pluridisciplinaire, l'OAI a mandaté X._____ SA. Dans un rapport d'expertise du 13 juin 2016, les Drs N._____, rhumatologue, K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, L._____, psychiatre, et W._____, spécialiste en médecine interne générale, ont estimé que l'exercice des activités habituelles, telles qu'ouvrière, femme de chambre et aide de cuisine, n'était plus exigible depuis le 2 mars 2012, en raison des troubles physiques présentés par l'assurée. Ils ont par contre retenu que dans une activité adaptée n'impliquant en substance pas de port de charges, pas de porte-à-faux lombaire, pas de position debout prolongée ni accroupie, pas de travail en hauteur, ni de montée et descente des escaliers de manière répétitive, ni dans un domaine donnant un accès facile à l'éthyle, la capacité de travail était entière, sauf pour la période entre le 2 mars 2012 et le 31 juillet 2015 durant laquelle la capacité de travail avait été nulle dans toute activité.

Dans un rapport du 27 septembre 2016 à l'OAI, le Dr I._____ a retenu les diagnostics de status post arthrodèse sous-talienne bilatérale, de status post spondylodèse avec ablation du matériel d'ostéosynthèse, de décompensation d'une tendinite au niveau de l'extenseur du pouce droit et de douleurs polyarticulaires essentiellement au niveau des épaules. Il a attesté une totale incapacité de travail en raison des douleurs polyarticulaires, en précisant que la position assise prolongée provoquait des douleurs au bas du dos et que la position debout prolongée était impossible compte tenu des deux arthrodèses sous-taliennes et de l'incapacité de marcher. Il a ajouté que les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical étaient les travaux en position debout ou assise prolongée et le port de charges.

Le 22 novembre 2016, le Dr I._____ a indiqué à l'OAI que l'assurée était gênée par le matériel d'ostéosynthèse, que sa marche était précaire et que l'utilisation d'une canne était nécessaire. Il a mentionné une hospitalisation du 25 août au 14 septembre 2016 pour une

décompensation des douleurs dorsales et une virose. Une ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue le 6 décembre 2016. Il a précisé que les limitations de l'assurée étaient trop poussées pour envisager la reprise d'un quelconque travail.

Dans un courrier du 24 décembre 2016, l'assurée a signalé à l'OAI que son état de santé s'était encore détérioré et qu'elle devait subir une nouvelle opération en janvier 2017. Elle a notamment joint à son envoi un rapport du 11 décembre 2016 du Dr H._____, qui retenait en substance que sa patiente présentait des limitations fonctionnelles graves, tant somatiques que psychiatriques, la privant de toute capacité de travail dans quelque métier que ce soit, même les plus légers. Il a fait état d'une impossibilité de rester debout ou assis plus de 10-15 minutes, de marcher, de se baisser, de se tourner, de se mettre à genoux, de monter et descendre les escaliers, de travailler avec les mains au-dessus de la tête, de porter des poids supérieurs à 5 kg sur une station statique ou debout, une forte diminution de compréhension, aucune résistance psychologique, et aucune capacité d'adaptation ni de concentration.

Interpellé par l'OAI, le Dr H._____ a indiqué le 1^{er} mars 2017 que l'assurée avait été opérée en décembre 2016 et qu'une nouvelle ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue le 13 mars 2017. Il a estimé que l'état de sa patiente s'était aggravé depuis son dernier rapport en raison des opérations et a précisé que l'assurée se déplaçait en fauteuil roulant. Il a attesté une totale incapacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a au surplus renvoyé à son rapport du 11 décembre 2016 s'agissant des limitations fonctionnelles.

Renseignant à son tour l'OAI dans un rapport du 23 mai 2017, le Dr I._____ a fait état d'une évolution plutôt favorable après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau des deux calcanéums dans le cadre de l'arthrodèse sous-talienne bilatérale. Il a notamment indiqué que la mobilisation de la cheville était tout à fait cohérente et symétrique des deux côtés, que le bilan radiologique ne mettait pas en évidence un affaissement secondaire sur un status post fracture de L1 dans le contexte

des douleurs lombaires, et que l'assurée ne présentait pas de trouble neuro-vasculaire. Il a renouvelé une ordonnance pour des chaussures orthopédiques.

Le 29 juin 2017, l'assurée a été vue par le Dr I._____ pour un contrôle des deux membres inférieurs et du dos. Il a constaté que l'assurée avait fait des progrès et se déplaçait en charge avec des baskets et deux cannes. Au niveau des membres inférieurs, les cicatrices étaient calmes et l'assurée avait une bonne mobilité au niveau de la tibio-talienne. La mobilité de la sous-talienne restait toutefois douloureuse et l'assurée ressentait des douleurs et contractures au niveau lombaire. Elle semblait être sevrée de son problème de consommation alcoolique.

Par projet de décision du 3 juillet 2017, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 31 octobre 2015, puis du 1^{er} décembre 2016 au 31 juillet 2017.

Par décision du 11 juillet 2017, l'OAI a octroyé une allocation pour impotent de degré faible du 1^{er} mars 2013 au 30 novembre 2015. Dès le 1^{er} décembre 2017, l'assurée a de nouveau été mise au bénéfice d'une allocation pour impotent de degré faible, un besoin d'aide lui ayant été reconnu pour faire sa toilette ainsi que pour se déplacer et entretenir des contacts sociaux.

Par décision du 19 février 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 3 juillet 2017 relative au droit à la rente.

L'assurée a recouru contre cette décision et a produit notamment un rapport d'expertise établi le 11 septembre 2017 par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur requête de la Justice de Paix, dans le cadre d'une procédure de requête de levée d'une mesure de curatelle. Dans ce rapport, le Dr V._____ a posé les diagnostics de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement probablement abstinent (F10.20) et de trouble de la personnalité sans

précision (F60.9), sans se déterminer sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles de l'assurée.

Dans un avis du 15 mai 2018, le Dr Q._____, médecin auprès du SMR, a relevé que le Dr V._____ préconisait le maintien de la mesure de curatelle en raison d'une problématique relationnelle du couple et non en raison d'une quelconque psychopathologie propre à l'assurée.

Le 1^{er} mars 2019, le Dr I._____ a écrit au conseil de l'assurée pour lui confirmer que sa patiente présentait une incapacité de travail totale dans toute activité en raison de ses problèmes du dos et des deux hanches, en précisant que les douleurs n'étaient pas encore contrôlées. Il a ajouté que l'assurée ne pouvait pas monter et descendre les escaliers, ni se déplacer sur terrain accidenté.

Statuant sur le recours formé par l'assurée contre la décision du 19 février 2018, la Cour des assurances du Tribunal cantonal l'a admis et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (arrêt du 24 juin 2019, cause AI 107/18 - 195/2019). En substance, elle a retenu que le rapport d'expertise établi par X._____ SA ne pouvait pas se voir reconnaître de valeur probante compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle les expertises réalisées au sein de cet établissement ne pouvaient servir de fondement à l'examen d'un droit à des prestations en raison de graves manquements aux devoirs professionnels constatés dans la gestion de l'institution et que les autres éléments du dossier ne permettaient pas de trancher la question de la capacité de travail et de gain de l'assurée.

C. A la suite de cet arrêt, l'OAI a repris l'instruction du dossier et ordonné une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée à D._____ SA. Dans le cadre de l'expertise, l'assurée a été vue le 25 octobre 2019 par le Dr C._____, médecin praticien, le 6 novembre 2019 par le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ainsi que le 7 novembre 2019 par les Drs G._____,

spécialiste en rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport d'expertise du 24 février 2020, ils ont posé les diagnostics suivants :

« 1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. Pied droit, séquelles de lésions traumatiques au niveau de la MTP1 [première articulation métatarso-phalangienne] en 1985, entraînant une arthrodèse et une greffe avec un raccourcissement du 1^{er} rayon dans les années 1990
2. Séquelles de fracture des calcanéums, opérée le 06.03.2012, sans défaut d'axe actuellement et avec une arthrodèse sous-talienne des 2 côtés, opérée le 31.03.2015, et AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse] du 06.12.2016 et du 13.03.2017
3. Fracture de L1 et arthrodèse percutanée L2-D12 effectuée le 06.03.2012
4. Douleurs de l'épaule droite avec arthroscopie, réparation du sous-épineux et du tendon du biceps avec mise en place d'un ballonnet sous-acromial, le 16.12.2014, avec tendinopathie de l'épaule droite et conflit sous-acromial
5. Syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire
6. Syndrome cervico-dorsal sur uncarthrose sévère C4-C5, C5-C6 et C6-C7

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F10.25 Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation en continu
2. F60.4 Trouble de la personnalité de type histrionique
3. F41.9 Trouble anxieux, sans précision
4. Status chirurgical de ténosynovite de De Quervain le 26.08.2010
5. Gonalgies sans gonarthrose
6. Épicondylite épitrochléite droite modérée
7. Spasme gastrique, depuis 2012
8. Une rhino-conjonctivite et un asthme sur allergies aux pollens d'arbres (au printemps et en été) et aux acariens, depuis 1990
9. Tabagisme actif
10. HTA [hypertension] intermittente, depuis 2 ans
11. Diabète de type II, non insulino-requérant, depuis 9 mois
12. Ichtyose cutanée, depuis 2004
13. Status post intoxication alcoolique aigüe occasionnelle, en abstinence complète depuis janvier 2019
14. Status post intoxication aux fumées et au CO [monoxyde de carbone] avec brûlure laryngée grade II, brûlure trachéo-bronchique de grade I, atélectasie du lobe supérieur droit, œdème pulmonaire lésionnel, le 10.07.2004
15. Obésité de classe 1, avec un IMC 31,64 kg/m²
16. Port d'une prothèse dentaire, depuis 2018
17. Myopie et presbytie, depuis 6 mois »

Les experts ont retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis la chute de mars 2012 dans les activités d'aide de cuisine et de femme de chambre, en raison des troubles orthopédiques et rhumatologiques. En revanche, l'assurée pouvait effectuer un travail sédentaire avec possibilité de changer de position assis/debout/marche, avec port de charges limitées à 2 kg, sans mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, principalement à droite, sans déplacement, sans montée ou descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, sans marche en terrain irrégulier, sans position à genoux et sans flexion antérieure, ni accroupissement. Dans une telle activité, la capacité de travail était entière, hormis une incapacité de travail totale dans toute activité retenue du 2 mars 2012 au 30 septembre 2015 (soit six mois après l'arthrodèse sous-taliennne des deux côtés du 31 mars 2015), et du 1^{er} décembre 2016 au 30 juin 2017 en raison des ablations du matériel d'ostéosynthèse de décembre 2016 et de mars 2017.

Dans un projet de décision du 21 avril 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une rente entière du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2015, puis du 1^{er} décembre 2016 au 30 septembre 2017. Se basant sur l'expertise de D. _____ SA, il a retenu qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2012, que cette incapacité de travail perdurait dans son activité habituelle, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2015. Elle s'était ensuite retrouvée à nouveau en incapacité de travail du 1^{er} décembre 2016 au 30 juin 2017, en raison des interventions chirurgicales subies les 6 décembre 2016 et 13 mars 2017, et avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} juillet 2017. Durant les périodes où l'exercice d'une activité adaptée était exigible, son degré d'invalidité s'élevait à 10 %, ce qui était insuffisant pour permettre le maintien d'une rente d'invalidité. Pour déterminer le degré d'invalidité, l'intimé a comparé un revenu de 48'607.35 pouvant être réalisé dans une activité adaptée (avec un abattement de 10% pour tenir compte de limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée) à un revenu sans invalidité de 54'008.17, tous deux calculés sur la base des données

salariales statistiques (activités non qualifiées dans le domaine de la production et des services).

Par courrier du 20 mai 2020, l'assurée, représentée par Me François Gillard, s'est opposée à ce projet de décision, en faisant valoir que la rente devait lui être versée au-delà du 1^{er} octobre 2017 et qu'elle devait être calculée en tenant compte de ses empêchements ménagers.

Le 26 mai 2020, l'OAI lui a répondu qu'elle avait été considérée comme active puisqu'elle avait indiqué qu'elle travaillerait à 100 % si elle était en bonne santé.

A l'appui de son opposition, l'assurée a produit, le 26 juin 2020, un rapport du 23 mai 2020 du Dr H. _____ mentionnant que l'état de santé de sa patiente n'avait pas changé depuis la dernière expertise faite en 2019 par D. _____ SA, que les limitations fonctionnelles étaient identiques, et que l'assurée souffrait de pathologies chroniques non susceptibles de changer de manière importante.

Par décision du 20 août 2020, postée le lendemain, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 avril 2020.

Le 24 septembre 2020, après examen d'une nouvelle demande d'allocation pour impotent, l'OAI a constaté que le degré d'impotence n'avait pas changé et que l'assurée continuait à bénéficier d'une allocation d'impotence de degré faible.

D. Par acte de son conseil du 22 septembre 2020, Y. _____ a recouru contre la décision précitée du 20 août 2020 auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière sans aucune limitation dans le temps et à la reconnaissance sur le plan médical « à l'heure actuelle ainsi que pour l'avenir » d'un taux d'invalidité lui permettant de prétendre à une telle rente, et, subsidiairement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction dans le

sens des considérants de l'arrêt rendu sur recours, notamment par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, puis nouvelle décision accordant une rente complète. La recourante a allégué que l'intimé s'était basé sur l'expertise de X. _____ SA pour retenir sans fondement qu'une capacité de travail était exigible depuis juillet 2017 et a émis des griefs à l'encontre de cette expertise. Elle a aussi reproché à l'intimé de ne pas avoir suffisamment instruit son état de santé depuis la seconde moitié de 2017 et de s'être fondé uniquement sur l'expertise de X. _____ SA, qui était ancienne. Si elle a admis que son état de santé s'était amélioré courant 2018, à la suite des deux interventions chirurgicales de 2016 et de 2017, l'évolution avait par la suite été défavorable. Elle a rappelé qu'elle ne pouvait pas se déplacer sans aide ou sans cannes, qu'elle avait besoin d'une aide au quotidien pour se laver et qu'elle peinait à se baisser. La marche la fatiguait très vite et ses deux pieds et ses deux chevilles gonflaient dès le milieu de la journée, l'obligeant à rester couchée ou assise. La marche sur plus d'une centaine de mètres était totalement impossible et l'intimé aurait ignoré cette limitation fonctionnelle particulièrement importante. Il en résultait selon elle qu'une activité professionnelle, même sédentaire, était absolument impossible à l'heure actuelle à 100 %. Elle estimait en outre qu'une perte de rendement d'à tout le moins 30 % devait être retenue compte tenu de sa grande fatigabilité et son trouble psychique, le rapport d'expertise du 11 septembre 2017 du Dr V. _____ démontrant toute la problématique relative à la dimension psychique. Elle a également fait valoir que la décision attaquée était en contradiction avec l'indemnité pour impotence de degré faible octroyée par l'intimé, qui démontrait qu'elle était atteinte au quotidien dans les actes les plus simples. En dernier lieu, elle a contesté le calcul du taux d'invalidité, dès lors qu'elle était femme au foyer depuis son mariage, et plus exactement depuis l'arrivée en Suisse de son ex-mari en 2011, et qu'à tout le moins la méthode mixte aurait dû lui être appliquée si l'on tenait compte qu'elle avait tout de même travaillé à quelques reprises à temps partiel depuis son mariage.

Dans sa réponse du 23 octobre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 26 janvier 2021, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a fait valoir que son périmètre de marche était de plus ou moins 500 mètres, et devait être effectué nécessairement avec une canne, ce qui correspondait pour elle à environ vingt minutes de marche, et qu'au-delà elle devait impérativement s'asseoir pour récupérer. Cette limitation importante ne figurant pas dans le dossier de l'intimé, il lui semblait ainsi indispensable de compléter l'instruction du dossier par une expertise médicale. Elle a demandé également la production de l'intégralité de son dossier auprès du Centre médico-social d'[...] qui la suivait quotidiennement.

L'intimé a maintenu ses conclusions aux termes de sa duplique du 18 février 2021.

Par courrier du 14 mai 2021, la recourante a renoncé à la tenue d'une audience de débats publics.

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 à la rente de la recourante.

3. 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).

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente -

qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

d) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

e) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies

et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

4. En l'espèce, à la suite de l'arrêt de renvoi du 24 juin 2019, l'intimé a fait réaliser une expertise médicale pluridisciplinaire par D._____ SA et s'est basée sur les conclusions de l'expertise pour rendre la décision litigieuse.

a) Il convient tout d'abord de constater que le rapport d'expertise de D._____ SA remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical, ils ont tenu compte des plaintes de la recourante, et ont dressé une anamnèse aussi bien sur le plan personnel et familial que professionnel, social et médical. Chaque expert a procédé à un examen clinique complet et s'est prononcé de manière circonstanciée sur les diagnostics retenus et leurs éventuelles conséquences sur la capacité de travail. Par ailleurs, l'expertise comporte des conclusions claires et motivées.

b) Sur le plan de la médecine interne, l'examen effectué par l'expert n'a mis en évidence que de légers déficits sans limitations fonctionnelles. La recourante déclarait souffrir d'une épigastralgie,

d'intensité à 8/10 sur l'EVA (échelle visuelle analogue), à type de crampes, tous les matins au réveil, qui durait dix minutes et ne se reproduisait pas dans la journée, en corrélation avec des spasmes gastriques transitoires. A ce propos, l'expert a relevé qu'aucune anomalie n'avait été retrouvée à la gastroscopie effectuée sept mois plus tôt et que l'examen abdominal et digestif étaient sans particularité. Concernant la rhino-conjonctivite et l'asthme sur allergie aux pollens d'arbres et aux acariens que présentait la recourante, l'examen ORL et respiratoire retrouvait une personne eupnéique, sans anomalie à l'auscultation, ni signe d'allergie active au jour de l'examen, ainsi qu'un peak-flow légèrement diminué. La recourante présentait aussi un tabagisme, au sujet duquel l'expert a relevé qu'il n'y avait pas de signe de bronchite chronique, ni d'insuffisance bronchique chronique. Concernant l'hypertension artérielle non traitée, il a constaté que la tension artérielle et l'examen cardiologique étaient dans les normes. L'examen ne révélait non plus aucun signe en faveur d'une complication du diabète de type II traité, qui était pratiquement équilibré et sans complication, ni d'une hypoglycémie. La recourante souffrait aussi d'une ichtyose cutanée depuis 2004, qui était bien traitée et non objectivée le jour de l'examen. Quant au status post intoxication alcoolique aigüe, l'examen ne mettait en évidence aucun dommage consécutif à une consommation alcoolique, les examens neurologique et abdo-hépatique étaient sans particularité, et la recourante déclarait être totalement abstinente depuis 2019 (p. 31 du rapport d'expertise). Au niveau du système nerveux, l'expert a notamment observé que la nuque était souple et indolore, sans signe de Lhermitte, ni syndrome méningé. Le tonus des membres était normal et les réflexes bicipitaux, stylo-radiaux et tricipitaux étaient présents des deux côtés. Les cutanés abdominaux, les réflexes rotuliens et achilléens étaient également présents et les cutanés étaient indifférents en flexion des deux côtés. Quant au système moteur, il n'y avait pas d'anomalie significative au niveau du rachis et des membres et l'examen de la force était normal (5/5 des deux côtés). Il n'y avait aucun déficit de sensibilité au niveau des membres supérieurs, des membres inférieurs et du tronc. La position debout était normale avec un polygone de sustentation normal et la marche se faisait avec des pas normaux (p. 29 du rapport d'expertise). Sur le plan de la médecine

interne, l'expert a retenu que les troubles précités n'entraînaient aucune incidence sur la capacité de travail.

c) Sur les plans rhumatologique et orthopédique, la recourante mentionnait en substance des douleurs au niveau des deux pieds, des chevilles, des genoux, des hanches, des douleurs cervicales et lombaires, ainsi que des sensations de tremblements et d'instabilité à la marche, qui nécessitaient l'utilisation de deux cannes. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants ont été posés par les experts de D. _____ SA : des séquelles de lésions traumatiques au niveau de la première métatarso-phalangienne du pied droit en 1985, entraînant une arthrodèse et une greffe avec un raccourcissement du 1^{er} rayon dans les années 1990, des séquelles de fracture des calcanéums opérée le 6 mars 2012, sans défaut d'axe au jour de l'expertise et avec une arthrodèse sous-talienne des deux côtés opérée le 31 mars 2015, et ablation du matériel d'ostéosynthèse des 6 décembre 2016 et 13 mars 2017, une fracture de L1 et arthrodèse percutanée L2-D12 effectuée le 6 mars 2012, des douleurs de l'épaule droite avec arthroscopie, réparation du sous-épineux et du tendon du biceps avec mise en place d'un ballonnet sous-acromial le 16 décembre 2014, avec tendinopathie de l'épaule droite et conflit sous-acromial, un syndrome lombo-vertébral avec dysbalance musculaire et un syndrome cervico-dorsal sur uncarthrose sévère C4-C5, C5-C6 et C6-C7. Sans effet sur la capacité de travail, les experts ont mentionné une épicondylite épitrochléite droite modérée, un status chirurgical de ténosynovite de De Quervain le 26 octobre 2010 et des gonalgies sans gonarthrose. L'expert rhumatologue a notamment observé que l'examen de la colonne cervicale et dorsale ne montrait aucune déformation ou attitude antalgique, que la mobilité n'était pas limitée, mais que la palpation était sensible au niveau des articulations postérieures. L'examen du rachis lombaire montrait un relâchement de la musculature abdominale avec une cicatrice de la chirurgie, une limitation de la flexion avec une distance mains/sol à 20 cm et une légère sensibilité à la palpation au niveau des articulations postérieures. L'examen de l'épaule gauche était normal. La palpation de l'épaule droite était sensible au niveau des insertions du supra-épineux avec un conflit sous-acromial. L'examen des

poignets et de mains était normal. Au niveau des membres inférieurs, la cicatrice était calme, la mobilité était limitée au niveau du pied à droite plus qu'à gauche et il était noté une sensibilité à la palpation du pied à droite plus qu'à gauche, ainsi qu'une sensibilité au niveau de la palpation des tendons fibulaires. A l'examen neurologique, il était trouvé une légère hypo-sensibilité de la première métatarso-phalangienne séquellaire. Il n'y avait pas de Babinski, les réflexes étaient présents et symétriques au niveau des quatre membres inférieurs, mais la marche était difficile en raison des troubles statiques liés au status post chirurgie des deux pieds. Il n'y avait pas de signe de Lasèque, pas de signe de Léri, ni de point de fibromyalgie et le score de Wolfe était de 0/31. Il n'y avait pas de critère en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou de connectivite (pp. 78 et 79 du rapport d'expertise).

L'expert orthopédiste a relevé que les plaintes de la recourante n'avaient pas vraiment une origine orthopédique, qu'elles avaient un substrat difficile à comprendre et que les tremblements et lâchages à l'examen correspondaient souvent à des éléments d'autolimitation (p. 65 du rapport d'expertise). Les douleurs lombaires étaient impossibles à évaluer vraiment, toute la palpation du rachis étant déclarée douloureuse par la recourante avec apparition de tremblements dans tout le corps. Les douleurs de l'épaule droite s'expliquaient que partiellement par l'arthroscopie et la réparation du sous-épineux du tendon du biceps avec mise en place d'un ballonnet sous-acromial réalisées le 16 décembre 2014. Les épaules avaient une mobilité normale, même si la recourante retenait tous les mouvements et tremblait. Au niveau des genoux, la mobilité était également normale, sans signe clinique net observé. L'expert a relevé que bien que déclarés excessivement douloureux, même à l'effleurement, la mobilisation de la rotule pouvait se faire de façon normale si la recourante était distraite. Les deux genoux étaient secs, stables et calmes et la mobilité était physiologique. Concernant les chevilles, dont la flexion dorso-plantaire était décrite comme très douloureuse avec apparition de tremblements dans tout le corps, l'expert orthopédiste a observé qu'il n'y avait aucun signe inflammatoire mis en évidence lors de l'expertise, ni aucune

atrophie musculaire, et que la mobilité était physiologique. Concernant le problème au niveau des deux pieds, à la suite de la fracture des deux calcanéums et de l'arthrodèse sous-talienne, il n'y avait pas de signe clinique particulier, mais seulement des plaintes de la recourante. L'expert orthopédiste a précisé qu'il était difficile de comprendre pourquoi le sevrage des cannes n'avait pas été effectué, malgré deux séances de physiothérapie par semaine depuis de nombreuses années. Il n'était pas mesuré d'atrophie musculaire, ce qui montrait que la recourante bougeait normalement dans la vie quotidienne (p. 61 à 63 du rapport d'expertise). Bien que la recourante déclarait ne pas pouvoir rester assise longtemps en raison des gonalgies bilatérales et d'une dorso-lombalgie permanente, elle avait pu rester assise pendant tout l'examen de la médecine interne sans demander à se lever (p. 30 du rapport d'expertise). Lors de l'entretien avec l'expert orthopédiste, elle était restée assise pendant trente minutes sans manifester aucune gêne jusqu'à ce que l'expert la questionne sur ses douleurs lombaires (p. 65 du rapport d'expertise)

Sur les plans rhumatologique et orthopédique, les experts ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : un travail sédentaire avec possibilité de changer de position assis/debout/marche, avec port de charges limitées à 2 kg, sans mouvement au-dessus de la ceinture scapulaire, principalement à droite, sans déplacement, sans montée ou descente d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages, sans marche en terrain irrégulier, sans position à genoux et sans flexion antérieure, ni accroupissement. La recourante présentait une incapacité de travail totale depuis la chute de mars 2012 dans les activités d'aide de cuisine et de femme de chambre, en raison des troubles orthopédiques et rhumatologiques. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail était entière selon les experts, hormis une incapacité de travail totale dans toute activité retenue du 2 mars 2012 au 30 septembre 2015, soit six mois après l'arthrodèse sous-talienne des deux côtés du 31 mars 2015, puis du 1^{er} décembre 2016 au 30 juin 2017 en raison des ablations du matériel d'ostéosynthèse effectuées en décembre 2016 et mars 2017.

d) Sur le plan psychiatrique, la recourante a déclaré à l'experte ne pas pouvoir travailler en raison de sa tristesse et de son impossibilité à se concentrer. Confrontée à son problème d'alcool, elle a admis l'existence de ce problème, en précisant qu'il était en relation avec sa tristesse et qu'elle buvait pour supporter la maltraitance de son second mari. L'experte a indiqué que la recourante avait effectué des tentamens médicamenteux, surtout en état d'ébriété avec des hospitalisations à [...]. Il n'était pas clair si ces états de crises avaient eu lieu dans le contexte de troubles lors de sa relation avec son second mari, duquel elle était divorcée depuis 2019. La recourante était au bénéfice d'un traitement médicamenteux antidépresseur de Venlafaxine et n'avait pas de suivi psychothérapeutique. L'examen psychiatrique ne révélait aucun symptôme de la lignée dépressive, anxieuse ni psychotique. L'experte a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation en continu, de trouble de la personnalité de type histrionique et de trouble anxieux, sans précision. Elle a conclu que la recourante ne présentait aucune maladie psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail.

e) A l'examen du dossier, force est de constater qu'aucun avis médical n'est suffisamment objectivement étayé pour mettre en doute les constatations des experts de D. _____ SA. En particulier, l'amélioration de l'état de santé de la recourante dès juin 2017, après les ablations du matériel d'ostéosynthèse de septembre 2016 et de mars 2017, a été constatée par le Dr I. _____. Le 29 juin 2017, il a en effet mentionné que la recourante avait fait des progrès, qu'elle se déplaçait en charge avec des baskets et deux cannes, que les cicatrices au niveau des deux membres inférieurs étaient calmes et qu'elle avait une bonne mobilité au niveau de la tibio-talienne, même si la mobilité de la sous-talienne restait douloureuse et qu'elle ressentait aussi des douleurs et contractures au niveau lombaire. Le Dr I. _____ n'a pas motivé les raisons qui devraient conduire à retenir que la recourante présenterait une incapacité de travail totale et s'est limité à préciser dans son rapport du 1^{er} mars 2019 que les douleurs du dos et des hanches n'étaient pas encore contrôlées. Concernant cette appréciation, l'expert orthopédiste de D. _____ SA a

relevé que l'incapacité de travail dans une activité adaptée retenue par le Dr I. _____ n'était pas compréhensible et il pensait que le médecin-traitant avait peut-être pris en considération les plaintes subjectives de la recourante. Il a précisé qu'il n'y avait pas de problème des hanches objectivés lors de l'examen orthopédique. La simple référence du Dr I. _____ aux douleurs alléguées par la recourante, sans apporter d'éléments objectivables, n'est pas suffisant pour s'éloigner des conclusions motivées et convaincantes des experts de D. _____ SA, d'autant plus que ces derniers ont observé des signes d'autolimitation. A noter que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr I. _____ concordent avec celles constatées par les experts de D. _____ SA et sont compatibles avec une reprise du travail à plein temps dans une activité légère et sédentaire. L'avis du Dr H. _____ ne permet pas non plus de s'écarter des conclusions de l'expertise. En effet, le 23 mai 2020, il a établi une lettre très sommaire mentionnant en substance que l'état de santé de la recourante n'avait pas changé depuis le rapport d'expertise de D. _____ SA, sans en contester le contenu. Dans un précédent rapport du 11 décembre 2016, il avait indiqué que la recourante ne pouvait exercer aucun travail, même les plus légers, en listant des limitations fonctionnelles plus importantes que celles retenues par le Dr I. _____ et les experts de D. _____ SA, sans toutefois décrire les constatations objectivées à l'examen qui motiveraient son appréciation. Par ailleurs, ce rapport est antérieur aux ablations du matériel d'ostéosynthèse effectuées en décembre 2016 et mars 2017 et ne tient manifestement pas compte de l'amélioration de l'état de santé qui s'en est suivie. En effet, le médecin-traitant y a notamment indiqué que la recourante ne pouvait pas rester debout ou assise plus de 10-15 minutes, alors que les experts de D. _____ SA ont constaté qu'elle avait pu rester assise bien plus longtemps sans émettre des signes de gêne ou de douleurs et que la recourante admet elle-même qu'elle peut marcher pendant vingt minutes (cf. son écriture du 26 janvier 2021).

Contrairement à ce que soutient la recourante, le dossier de l'intimé, et tout particulièrement l'expertise de D. _____ SA, tient compte de ses déclarations relatives à la limitation de son périmètre de marche,

lequel semble d'ailleurs s'être amélioré puisqu'elle mentionne un périmètre de marche de 500 mètres au stade du recours alors qu'elle l'estimait à 50 mètres lors de l'expertise de D. _____ SA (p. 27 du rapport d'expertise).

Le fait qu'elle bénéficie d'une aide à domicile n'est pas non plus de nature à mettre en doute les constatations et observations des experts, qui ont rendu leurs conclusions en connaissant cet élément. L'expertise tient compte de l'ensemble de la situation, qui n'a pas changé depuis lors selon le Dr H. _____.

L'expertise psychiatrique du Dr V. _____ de septembre 2017 versée au dossier par la recourante ne permet pas non plus de s'écarter de l'appréciation qui précède. Non seulement le Dr V. _____ n'a pas évoqué de diagnostic qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte psychiatre de D. _____ SA, mais il ne s'est en outre pas déterminé sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, comme indiqué par le SMR, si le Dr V. _____ a préconisé le maintien de la mesure de curatelle instituée en faveur de la recourante c'est en raison d'une problématique relationnelle du couple et non en raison d'une quelconque psychopathologie propre à l'assurée.

A noter enfin que les critiques émises par la recourante contre l'expertise de X. _____ SA ne sont pas pertinentes puisque la cour de céans a déjà constaté l'absence de valeur probante de cette expertise dans l'arrêt rendu le 24 juin 2019 et que l'intimé s'est basé sur une nouvelle expertise pour rendre sa décision. La recourante ne soulève du reste aucune critique sur cette nouvelle expertise réalisée par D. _____ SA.

f) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions claires et convaincantes de l'expertise de D. _____ SA selon lesquelles la recourante a présenté une incapacité de travail du 2 mars 2012 au 30 septembre 2015, puis du 1^{er} décembre 2016 au 30 juin 2017, et que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles, hormis durant les périodes précitées, comme l'a retenu à juste titre l'intimé.

5. Il convient à présent de déterminer la méthode pertinente pour évaluer l'invalidité de l'assurée.

a) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

b) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

c) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16

LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

d) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

e) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

f) 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 état de fait, la préférence doit être accordée en général 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 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

g) La recourante critique le statut de 100 % active retenu par l'intimé, en faisant valoir qu'elle était femme au foyer depuis l'arrivée de son second mari en Suisse en 2011. Elle a ajouté avoir tout de même travaillé à quelques reprises à temps partiel depuis son mariage, de sorte que l'intimé aurait dû à tout le moins lui appliquer la méthode mixte. Cela étant, sur le questionnaire destiné à déterminer son statut, la recourante a indiqué le 1^{er} juin 2012, alors qu'elle était déjà mariée, que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 100 % en qualité d'ouvrière par nécessité financière. Au vu de la jurisprudence citée au paragraphe précédent, ces premières déclarations priment et les allégations de la recourante quant à un statut de ménagère, formulées pour la première fois au stade de l'opposition, doivent ainsi être écartées. Il en va de même de son allégation vague relative à des travaux à temps partiel effectués depuis son mariage, qui n'est pas rendue vraisemblable. La recourante n'a produit aucun document à l'appui de cette déclaration et n'a fourni aucune précision, en particulier quant au taux d'activité, quant à la durée des engagements et quant aux employeurs. Il peut être relevé que lors de l'expertise de D._____ SA, elle a déclaré qu'elle travaillait à plein temps avant son atteinte à la santé. Il ressort en outre de l'expertise du Dr V._____ produite par la recourante que le couple rencontrait des difficultés financières, avec plusieurs actes de défaut de biens, malgré le salaire que percevait l'ex-mari, ce qui tend à corroborer les premières déclarations de la recourante.

Au vu de ce qui précède, le statut d'active retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique.

6. Il y a lieu d'examiner le préjudice économique.

a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], op. cit., n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222).

c) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le

revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

d) En l'espèce, l'intimé a calculé le revenu d'invalidé et sans invalidité en se référant au salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) qui était de 4'300 fr. en 2014 (ESS 2014 Tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1). Après indexation et prise en compte d'une durée hebdomadaire dans les entreprises de 41,7 heures, l'intimé a retenu un revenu annuel sans invalidité de 54'008 fr. 17 pour 2015. Pour calculer le revenu annuel avec invalidité, fixé à 48'607 fr. 35, l'intimé a procédé à une réduction de 10 % en raison des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante, qui pouvaient engendrer un désavantage salarial. Il ne se justifie pas de tenir compte d'une diminution de rendement de 30 %, comme le requiert la recourante sur la base d'une grande fatigabilité, qui n'est pas un élément objectivé, et de son trouble psychique, qui n'a pas d'incidence sur la capacité de travail selon les conclusions de l'expertise de D. _____ SA. Les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne sont pas critiquables. Leur comparaison aboutit à un degré d'invalidité de 10 % ($54'008 \text{ fr. } 17 - 48'607 \text{ fr. } 35 / 54'008 \text{ fr. } 17 \times 100$), qui n'atteint pas le seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI).

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise médicale et la production du dossier du centre médico-social qui la suit. En effet, le dossier est complet et

permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas de gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 4 janvier 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 septembre 2020 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me François Gillard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 14 mai 2021. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Gillard est arrêtée à 1'730 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'730 fr. 20 fr. (mille sept cent trente francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me François Gillard (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 :