

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Livet, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 et 61 al. 1 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], ressortissante [...] en Suisse depuis 2011, sans formation qualifiante, a exercé divers emplois dans le domaine du nettoyage.

Le 3 septembre 2019, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant quant au genre de l'atteinte « hémorragie, opération hernie ombilicale et iliaque, douleurs abdominales, kystes ovariens, céphalées intenses, méningiome, ablation de l'utérus ». Elle a précisé être femme au foyer à 50 % et travailler à 50 % pour le compte de K._____ Sàrl, à [...], en qualité de dame de chambre.

Le 8 janvier 2021, la Dre N._____, médecin-assistante auprès du Centre [...], à [...], a fait savoir à l'OAI que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent depuis 2019, ainsi que des lombalgies et cervicalgies chroniques depuis 2020. La capacité de travail dans l'activité habituelle était entière depuis le 4 janvier 2021, en tenant compte du fait qu'elle ne devait pas porter de charges lourdes ni travailler en position accroupie ou avec une surélévation du bras gauche à plus de 90°. La Dre N._____ a également listé les périodes des incapacités de travail attestées entre le 1^{er} mars 2019 et le 4 janvier 2021.

Par décision du 10 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que ses périodes d'incapacité de travail étaient inférieures à une année, si bien que le droit à la rente n'était pas ouvert. En outre, elle avait récupéré une capacité de travail entière dans toutes activités dès le 4 janvier 2021 selon les éléments médicaux au dossier. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

B. L'assurée a présenté une nouvelle incapacité de travail totale à compter du 12 mars 2021. Elle a déposé une nouvelle demande de

prestations de l'AI le 24 septembre 2021, en indiquant quant au genre de l'atteinte « syndrome douloureux somatoforme persistant, arthrite psoriasique avec rachialgies inflammatoires, dysphonie ». L'OAI l'a alors invitée, par courrier du 7 octobre 2021, à rendre plausible une modification de son état de santé.

Le 13 octobre 2021, H. _____ SA (ci-après : H. _____ SA), assureur collectif perte de salaire de R. _____ SA, employeur de l'assurée, a adressé à l'OAI les pièces médicales en sa possession. Figurait en particulier au dossier de H. _____ SA, un rapport du 3 août 2021 de la Dre N. _____ dans lequel elle a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) avec asthénie, hypophonie et dysphasie, arthrite psoriasique probable avec rachialgies inflammatoires et arthralgies asymétriques. Un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychiatrique était mentionné en tant que diagnostic sans impact sur la capacité de travail. Au titre des limitations objectives de l'activité actuelle, la Dre N. _____ a indiqué que l'assurée ne pouvait pas faire d'efforts physiques en raison de douleurs incapacitantes.

Selon un rapport du 19 octobre 2021 à l'OAI des Drs L. _____, spécialiste en rhumatologie, et B. _____, spécialiste en chirurgie et médecine interne générale, l'assurée était suivie en consultation ambulatoire de rhumatologie depuis février 2021 dans le contexte d'une arthrite psoriasique, à ce jour pharmaco-résistante, caractérisée par des rachialgies inflammatoires depuis août 2020 ainsi que des douleurs périphériques avec des dactylites des auriculaires des deux côtés objectivées en février 2021, sans que les imageries n'aient démontré d'atteintes inflammatoires actives ou d'érosion. L'intéressée présentait en outre des intolérances et allergies multiples, avec des réactions anaphylactoïdes à certains traitements qui compliquaient la prise en charge. Selon les spécialistes, l'activité de nettoyage précédemment exercée semblait peu compatible avec son tableau clinique, l'assurée étant limitée dans les mouvements en porte-à-faux, dans le port de charges lourdes excédant 5 kg loin du corps de manière répétitive, dans

les positions stationnaires de plus de 30 minutes debout ou assis et dans les mouvements répétitifs en flexion/extension ou rotation du tronc ainsi que des articulations périphériques. Les Drs L._____ et B._____ ont par ailleurs considéré, au vu du diagnostic d'arthrite psoriasique, que l'état de santé de l'intéressée s'était objectivement péjoré, avec un impact majeur sur sa capacité de travail et des limitations fonctionnelles dont il fallait tenir compte.

Dans un rapport du 16 novembre 2021, les Drs Z._____ et G._____, spécialistes en anesthésiologie, ont posé les diagnostics suivants : polyarthralgies asymétriques dans un contexte d'arthrite psoriasique, douleurs de hanche gauche sur syndrome de Maigne versus origine sacro-iliaque gauche, et douleurs de l'épaule gauche d'origine musculo-tendineuse probable, petit pectoral. Les spécialistes proposaient à l'assurée une perfusion de lidocaïne afin de soulager les douleurs diffuses. Dans un second temps, la prise en charge antalgique serait ciblée soit au niveau de son épaule gauche, avec une infiltration au niveau des insertions musculo-tendineuses sur le processus coracoïde, soit de sa hanche gauche, avec une infiltration facettaire au niveau thoraco-lombaire, ou encore une infiltration sacro-iliaque gauche.

Dans un compte-rendu de la permanence SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité) du 8 décembre 2021, le Dr R._____, médecin praticien, a indiqué qu'il pouvait être entré en matière dans la mesure où l'atteinte et les limitations fonctionnelles n'étaient pas identiques à la situation précédente. Il suggérait d'interroger à nouveau le corps médical, en particulier le médecin traitant de l'assurée, le rhumatologue et l'éventuel psychiatre.

Par rapport du 23 décembre 2021 à l'OAI, la Dre F._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'arthrite psoriasique et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle a évalué la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle entre 10 et 20 % avec une diminution de rendement - ou moins de deux heures par jour - et a

considéré, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, que tout travail manuel ou physique était contre-indiqué à l'heure actuelle.

Dans un rapport du 11 janvier 2022, le Dr K._____, médecin praticien, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de polyarthralgies asymétriques sur arthrite psoriasique, syndrome de Maigne hanche gauche, syndrome de la coiffe des rotateurs gauche, dysphonie fonctionnelle et dépression sévère. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité à compter du 1^{er} juin 2021 en raison des multiples douleurs dont elle souffrait et de ses limitations fonctionnelles, à savoir : douleurs cervicales, limitation de la mobilisation de l'épaule gauche, douleur à la marche et à la mobilisation de la hanche gauche.

Selon un rapport du 11 janvier 2022 des Dres X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en médecine interne générale, les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient un trouble de l'adaptation avec perturbation d'autres émotions (F43.23) et un épisode dépressif moyen (F32.1). Elles suivaient l'assurée depuis 2021 en raison d'une baisse de moral, d'une irritabilité plus importante et d'une labilité émotionnelle intervenues dans le contexte de douleurs invalidantes. Selon les spécialistes, la situation était en amélioration au niveau psychique, en lien avec la stabilisation de la situation sur le plan somatique, mais l'humeur demeurait néanmoins fluctuante suivant les douleurs expérimentées au quotidien. La capacité de travail de l'assurée était de 70 % sur le plan psychiatrique. En annexe à leur rapport, les Dres X._____ et C._____ mentionnaient les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés liées aux tâches administratives, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, hypersensibilité au stress et autres troubles fonctionnels, à savoir une dysphonie en amélioration.

Dans un avis médical du SMR du 31 janvier 2022, le Dr R._____, constatant la difficulté pour les différents intervenants médicaux à définir consensuellement la capacité de travail exigible de

l'assurée en faisant exclusion de facteurs extra médicaux comme le contexte psycho-social, a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de rhumatologie, psychiatrie et médecine interne.

Une expertise pluridisciplinaire de l'assurée a été confiée au Centre médical d'expertises V._____, à [...] (ci-après : le V._____), le 27 avril 2022. Les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Q._____, spécialiste en rhumatologie, ont communiqué leur rapport le 1^{er} septembre 2022. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu les diagnostics de fibromyalgie, lombalgie sans irradiation MI [membres inférieurs] sur troubles dégénératifs (M54.5), tendinopathie du moyen fessier (M76.0), hallux valgus bilatéral avec syndrome du deuxième rayon surtout à gauche (M20.1), syndrome douloureux somatoforme persistant (F54.4), épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), accentuation de certains traits de personnalité, traits évitants et dépendants (Z73.1), obésité exogène (E66), intolérance au lactose, allergies aux produits de contraste, Gadolinium et AINS [anti-inflammatoires non stéroïdiens], méningiome calcifié sous surveillance, sinusite chronique maxillaire droite et ethmoïdale, cure d'hernie cicatricielle sus-pubienne et fosse iliaque gauche avec mise en place d'un filet le 06.2018, status après hystérectomie pour adénomyose en 2019 et status après une cure d'hernie ombilicale en 02.2018. Ils ont estimé que la capacité de travail de l'assurée avait été nulle depuis janvier 2020 dans son activité habituelle et de 70 % dès janvier 2021 dans une activité adaptée, en précisant que l'incapacité de travail était d'origine rhumatologique en raison des problèmes articulaires, mais aussi d'origine psychiatrique dans le cadre du syndrome douloureux somatoforme persistant et de l'état dépressif. Les experts ont retenu, en tant que limitations fonctionnelles relevant de la rhumatologie : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg, pas de marche prolongée, ni de montée d'escaliers répétée. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique étaient les suivantes : pas de traitement simultané d'informations multiples, pas de prise de décision immédiate, travail

répétitif et maîtrisé, sans trop d'émotions, car cela pourrait accentuer le syndrome douloureux somatoforme, les difficultés d'organisation de la pensée et la volonté de fuir les critiques.

Dans un complément d'expertise du 14 octobre 2022, le Dr S._____ a indiqué la présence d'une erreur de datation dans les conclusions de l'expertise relatives à la capacité de travail de l'assurée, exposant que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail de l'intéressée avait été de 0 % de novembre 2020 à janvier 2022, puis était de 70 % à compter de janvier 2022, correspondant à la date de la constatation d'une amélioration clinique par la Dre X._____.

Dans un avis médical du SMR du 3 novembre 2022, le Dr R._____ a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise et de son complément. Il retenait dès lors une capacité de travaille nulle dans l'activité habituelle à compter de janvier 2020 et de 70 % dans une activité adaptée dès janvier 2022. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg, pas de marche prolongée ni de montée d'escalier répétée, pas de traitement simultané d'informations multiples, pas de prise de décision immédiate, travail répétitif et maîtrisé, sans trop d'émotions car cela pourrait accentuer le syndrome douloureux somatoforme, les difficultés d'organisation de la pensée et la volonté de fuir les critiques.

Dans un document intitulé « rapport final-REA » du 13 février 2023, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué qu'aucune mesure professionnelle n'avait été mise en place. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles de l'assurée contre-indiquaient un accompagnement vers une formation qualifiante, si bien qu'aucune mesure ne pouvait objectivement et subjectivement réduire son préjudice économique. Une aide au placement lui était proposée. Un document intitulé « calcul du degré d'invalidité », daté du même jour, mentionnait les exemples d'activités adaptées suivantes : travail simple et répétitif

dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement.

Selon un rapport d'enquête ménagère du 27 juin 2023, l'assurée devait être considérée comme active à 50 % et ménagère à 50 % et le taux d'empêchement pour les tâches ménagères s'élevait à 26.17 %.

Par projet de décision du 28 juin 2023, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations, au motif que son taux d'invalidité global, inférieur à 40 %, ne donnait pas le droit à une rente. Il a constaté qu'à la date d'ouverture théorique du droit à la rente, le 1^{er} mars 2022 - vu la demande de prestations déposée le 24 septembre 2021 - sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de dame de ménage, et de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI considérait l'assurée comme active à 50 %, les 50 % restants étant consacrés à la tenue de son ménage, et retenait un empêchement de 30 % sur la part active, respectivement de 26.17 % sur la part ménagère, aboutissant au taux d'invalidité pondéré de 28.08 % $[(50 \% \times 30 \%) + (50 \% \times 26.17 \%)]$, arrondi à 28 %.

Le 28 août 2023, l'assurée, représentée par Me Charles Guerry, a fait part de ses objections contre le projet de décision de l'OAI. Elle a déclaré contester les taux d'invalidité retenus, tant sur le plan professionnel que ménager et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mars 2022. Elle contestait être en mesure d'exercer une activité adaptée à 70 % compte tenu des multiples atteintes à la santé dont elle souffrait et peinait à concevoir quelle activité pourrait être considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur le plan ménager, l'assurée a fait valoir qu'elle rencontrait de grandes difficultés dans la tenue de son ménage en précisant qu'une femme de ménage venait à son domicile toutes les semaines.

Dans des objections complémentaires du 3 octobre 2023, l'assurée a produit copie d'un rapport non daté du Dr K._____, établi en réponse à la demande de son conseil du 5 septembre 2023, par lequel celui-ci attestait d'une incapacité de travail totale dans une activité adaptée dès le 1^{er} juin 2021. Le médecin traitant a notamment considéré que les experts du V._____ avaient été « très superficiels » dans leurs évaluations en ce sens que les pathologies de sa patiente ne pouvaient pas être vues isolément, car la capacité physique était liée à la capacité psychique. Il a par ailleurs estimé que la capacité fonctionnelle de l'assurée ne serait jamais suffisante pour garder un travail de façon durable. A la question de savoir s'il considérait qu'il existait une activité qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, le Dr K._____ a répondu par la négative, en exposant que sa patiente présentait déjà des difficultés dans la gestion de sa santé et qu'un effort supplémentaire serait très mal vécu et pourrait aggraver ses pathologies.

Dans de nouvelles objections complémentaires du 7 novembre 2023, l'assurée a maintenu ses arguments et produit copie des pièces suivantes :

- un rapport non daté établi par le Dr P._____, médecin assistant auprès de l'Hôpital [...], en réponse à la demande du conseil de l'assurée du 23 octobre 2023. Ce médecin, qui déclarait ne pas être d'accord avec les diagnostics retenus dans l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr Q._____, posait les diagnostics ayant un impact sur la capacité résiduelle de travail d'arthrite psoriasique probable, de trouble douloureux diffus multifocal d'origine multifactorielle (troubles dégénératifs, syndrome de Maigne gauche probable, fibromyalgie) et de gonarthrose droite. Le Dr P._____ a en outre évalué la capacité de travail de l'assurée à entre 10 et 20 % - ou moins de deux heures par jour - avec un rendement diminué en raison de l'arthrite psoriasique l'empêchant d'effectuer des mouvements répétitifs ou de travailler en position stationnaire. Par ailleurs, il n'existait, selon le

médecin, aucune activité qui serait adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée.

- Un rapport du 2 novembre 2023 de la Dre L._____, également établi à la demande du conseil de l'assurée, selon lequel l'existence de rachialgies chroniques ne s'inscrivait pas seulement dans le contexte de troubles dégénératifs, mais également d'une arthrite psoriasique répondant même aux critères de classification CASPAR, dans la mesure où la patiente avait présenté des dactylites objectivées lors des consultations initiales, atteinte qui ne s'était plus présentée depuis que la patiente était sous traitement. La spécialiste notait par ailleurs une nette aggravation des rachialgies lors d'une pause thérapeutique dans le courant de l'année, avec apparition de rachialgies inflammatoires, ce qui n'aurait, à son avis, pas dû être le cas si les douleurs étaient purement d'origine dégénérative et en lien avec une fibromyalgie. Au titre des diagnostics, la Dre L._____ a retenu, en sus d'une fibromyalgie secondaire au rhumatisme inflammatoire, une gonarthrose et une coxarthrose droites débutantes. Selon elle, la capacité de travail de l'assurée, même dans une activité adaptée, ne dépassait pas 50 % avec très certainement encore une diminution du rendement de 15 à 20 %.

Par avis médicaux du SMR des 8 et 9 novembre 2023, le Dr R._____ a estimé que les rapports produits par l'assurée à l'appui de ses objections n'avaient pas apporté d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions médicales retenues. Il a en particulier indiqué que les éléments relevés par les Drs P._____ et L._____, à savoir l'existence d'une arthrite psoriasique, ainsi que de gonarthrose et coxarthrose droites débutantes, étaient connus de longue date et déjà explicités dans les précédents rapports rhumatologiques avant l'expertise. Il a relevé à cet égard que le Dr Q._____ avait expliqué les motifs pour lesquels il n'avait pas particulièrement retenu l'arthrite psoriasique. En outre, les limitations fonctionnelles décrites par les Drs P._____ et L._____ étaient similaires à celles retenues dans

l'expertise. Le Dr R._____ a ainsi estimé qu'il s'agissait en l'occurrence d'une évaluation différente d'une même situation médicale.

Par décision du 9 novembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 juin 2023. Dans un courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a indiqué que les rapports produits par l'assurée dans le cadre de ses objections n'apportaient aucun élément médical nouveau permettant de s'écarter de l'évaluation des experts et de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 7 décembre 2023, D._____, toujours représentée par Me Charles Guerry, a recouru contre la décision rendue le 9 novembre 2023 par l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'une quotité de 63 % à compter du 1^{er} mars 2022, subsidiairement de 40 %, et plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'il était erroné de retenir une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, car les experts n'avaient pas tenu compte des diagnostics d'arthrite psoriasique, de gonarthrose et de coxarthrose droites débutantes, lesquels exerçaient pourtant une influence sur sa capacité de travail. Elle s'est prévalu à cet égard du rapport du 2 novembre 2023 de la Dre L._____ et des rapports des autres médecins selon lesquels elle présentait une arthrite psoriasique, à savoir les Drs N._____, Z._____, G._____ et K._____. Elle a relevé ainsi que tous les médecins sauf ceux du V._____ avaient retenu que les diagnostics d'arthrite psoriasique et d'arthrose débutante avaient une répercussion sur la capacité de travail, estimant dès lors que les experts avaient ignoré des éléments objectivement vérifiables et suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions, si bien que l'on ne pouvait se fier à la capacité de travail de 70 % qu'ils avaient retenue. Aux yeux de la recourante, une capacité de travail nulle sur la part active devait être reconnue, comme retenu par le Dr K._____ dans son rapport du 11 janvier 2022, conduisant selon ses calculs à un taux d'invalidité de 63 % et

à une rente de la même quotité. Selon la recourante, si une capacité de travail nulle n'était pas retenue, il faudrait alors se fonder sur le rapport du 2 novembre 2023 de la Dre L._____ selon lequel sa capacité de travail ne dépassait pas 50 % avec une baisse de rendement de 15 à 20 %, ce qui donnerait un taux d'invalidité de 46 % ouvrant le droit à une rente d'une quotité de 40 %. La recourante a joint à son envoi un onglet de pièces figurant déjà au dossier, à l'exception d'un rapport du 29 novembre 2023 de la Dre J._____, médecin assistante à l'Hôpital [...] - accompagné d'imageries du bassin et du genou droit effectuées en février 2021, respectivement octobre 2023 - selon lequel le trouble dégénératif débutant au niveau fémoro-tibial interne avec minime pincement articulaire sans ostéophytose significative - visible à l'imagerie du genou droit - était pathognomonique d'une gonarthrose droite, et les lésions ostéophytaires des jonctions têtes-col fémoral à droite - ressortant de l'imagerie du bassin - étaient le signe d'une coxarthrose débutante. La médecin notait par ailleurs que le diagnostic d'arthrite psoriasique probable était étayé par la présence d'un probable psoriasis unguéal et le fait que l'assurée répondait partiellement au traitement.

Dans sa réponse du 30 janvier 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. L'OAI a en substance indiqué que les pièces médicales évoquant le diagnostic d'arthrite psoriasique avaient été transmises au V._____ et prises en considération par les experts. Par ailleurs, les rapports médicaux établis postérieurement à l'expertise avaient fait l'objet d'une analyse de la part du médecin du SMR dans un avis du 24 janvier 2024 auquel l'OAI se référerait pour le surplus.

Dans sa réplique du 29 avril 2024, la recourante s'est prévaluée d'un rapport du 11 avril 2024 du Dr M._____, spécialiste en anesthésiologie, répondant aux questions du conseil de l'assurée du 3 avril 2024. Selon ce spécialiste du traitement de la douleur, l'évolution de l'assurée était en dents de scie avec certaines localisations douloureuses qui s'amélioraient parfois temporairement. La patiente avait présenté une nouvelle péjoration d'allure plus aigüe au début du mois de mars 2024. Le

Dr M._____ a en outre exposé que les traitements médicamenteux pouvaient avoir un impact sur la capacité de travail en raison notamment de somnolence, fatigue et difficulté de concentration.

Par courrier du 14 mai 2024, l'OAI a relevé que le rapport du 7 novembre 2023 mentionné dans la réplique du recourant ne lui avait pas été transmis.

Par écriture du 23 mai 2024, la recourant a produit un rapport du 7 novembre 2023 du Dr M._____ dans lequel celui-ci se déclarait partiellement d'accord avec les diagnostics retenus par l'expert rhumatologue et ajoutait les diagnostics suivants : lombalgies d'allure mécanique, probablement mixtes, avec notamment syndromes facettaires multiétagés, syndrome fibromyalgique ayant selon lui un impact sur la capacité de travail en raison des douleurs chroniques, hypersensibilisation douloureuse avec douleurs nociplastiques et probables douleurs myofasciales associées. Selon le spécialiste, les limitations fonctionnelles associées étaient [pas de] positions statiques prolongées ou répétition de mouvements quels qu'ils soient, ainsi qu'une diminution des capacités cognitives liées aux douleurs chroniques (asthénie, diminution de la résistance au stress, baisses de concentration). Concernant la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le Dr M._____ relevait que compte tenu de l'impact global, tant du point de vue fonctionnel mécanique que cognitif et psychiatrique, seule une activité non physique, avec horaires réguliers et flexibles et possibilité de relâchement de la concentration serait envisageable. Il estimait que la capacité de travail dans une telle activité serait diminuée et dépendrait des réponses aux traitements et leurs possibles effets secondaires.

Dans une nouvelle écriture du 28 mai 2024, la recourante a produit un rapport du 24 mai 2024 des Dres H._____ et A._____, cheffe de clinique adjointe, respectivement médecin assistante au sein du Département de psychiatrie du [...], selon lequel l'assurée présentait une stabilité psychique depuis septembre 2023, mais également toujours une labilité émotionnelle, un épuisement important et de l'anxiété. Les

spécialistes estimaient sa capacité de travail, dans une activité professionnelle légère, à 50 % ou quatre heures par jour avec un rendement difficilement prédictible, mais très probablement diminué, en raison de la fatigue diurne de l'intéressée, de sa labilité émotionnelle et de son hypersensibilité au stress.

Dans des déterminations du 26 juin 2024, l'intimé s'est derechef prononcé en faveur du rejet du recours et s'est référé aux avis du SMR des 31 mai et 5 juin 2024 établis par le Dr R._____, selon lesquels les pièces soulevées n'avaient pas apporté d'éléments médicaux nouveaux qui n'auraient pas été pris en considération dans l'expertise et relevaient d'une évaluation différente d'une même situation médicale.

Le 3 juillet 2024, la recourante a déclaré maintenir les conclusions de son recours et ne pas avoir d'observations à formuler quant à la dernière écriture de l'intimé.

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. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 24 septembre 2021 et le droit éventuel à une rente prend naissance le 1^{er} mars 2022. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

3. Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

c) Conformément à l'art. 28a al. 1, 1^{ère} phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA : le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité).

d) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100 % (let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en

conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (art. 17 al. 2 LPGA).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins

spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il

s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al.2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra 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.

b) 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 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

8. a) En l'espèce, l'OAI, qui considère l'assurée comme étant à 50 % active et à 50 % ménagère, reconnaît qu'elle n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de femme de ménage/nettoyeuse, pour des raisons de santé, depuis le 1^{er} janvier 2020. Le litige porte dès lors sur le point de savoir si l'assurée conserve une capacité de travail dans une activité adaptée et, dans l'affirmative, de quelle étendue.

Afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles, l'OAI a fait réaliser une expertise

pluridisciplinaire par le V._____. Les experts ont retenu une capacité de travail dans une activité adaptée de 70 % sur la part active, depuis le 1^{er} janvier 2022.

La recourante conteste être capable de travailler à 70% dans une activité adaptée, en estimant que les experts n'ont, à tort, pas tenu compte des diagnostics d'arthrite psoriasique, de gonarthrose et de coxarthrose droites débutantes, lesquels exercent pourtant une influence sur sa capacité de travail selon ses médecins.

b) Sur le plan formel, l'expertise du V._____, comportant des volets de médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie, ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical de la recourante, puisqu'ils ont résumé son dossier, synthétisant les documents médicaux depuis 2018 (cf. rapport d'expertise du V._____ du 1^{er} septembre 2022, annexe 4, p. 36-41). Ils ont établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, professionnel et médical. En outre, l'expertise contient des conclusions claires et motivées, tient compte des plaintes de l'assurée et a été établie à l'issue d'examens cliniques, puis d'une évaluation consensuelle.

c) S'agissant du volet de médecine interne générale, le Dr W._____ a retenu les diagnostics d'obésité exogène (E66), intolérance au lactose, allergies aux produits de contraste Gadolinium et AINS, méningiome calcifié sous surveillance, sinusite chronique maxillaire droite et ethmoïdale, cure d'hernie cicatricielle sus-pubienne et fosse iliaque gauche en juin 2018 avec mise en place d'un filet, status après cure de hernie ombilicale en février 2018, status après hystérectomie pour adénomyose en 2019, status après hémorroïdectomie, status après trois accouchements par césarienne et status après cure de varices aux membres inférieurs.

Selon l'expert W._____, la capacité de travail de la recourante était intégralement préservée tant dans son activité habituelle

que dans une activité adaptée, en l'absence de tout trouble fonctionnel, étant mentionné à cet égard que « les problèmes articulaires ont un impact sur sa vie de tous les jours, mais toutefois l'expertisée est autonome dans les gestes de la vie quotidienne. Elle peut accompagner en voiture ses enfants à l'école. Elle effectue son ménage et ses courses avec une aide » (cf. rapport d'expertise du V. _____ du 1^{er} septembre 2022, annexe 1, p. 13-14).

La recourante ne conteste pas cette appréciation, tandis que l'on ne dispose d'aucun élément médical de nature à la mettre en doute. On peut donc confirmer ici l'évaluation communiquée par le Dr W. _____.

d) aa) Du point de vue rhumatologique, le Dr Q. _____ a pour sa part considéré les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail de lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur troubles dégénératifs en particulier articulaires postérieures (M54.5), tendinopathie du moyen fessier à son insertion sur le grand trochanter gauche (M76.0) et Hallux valgus bilatéral avec syndrome du deuxième rayon prédominant à gauche (M20.1). Les diagnostics sans impact sur la capacité de travail étaient une fibromyalgie et une obésité. Il a justifié son évaluation médicale du cas particulier en ces termes (cf. ibidem, annexe 3, p. 32-34) :

« [...] **6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une expertisée qui, au début, a présenté essentiellement des problèmes abdominaux dans les suites d'une cure pour hernie ombilicale en février 2018 avec une hernie cicatricielle sus-pubienne et de la fosse iliaque gauche. Elle a également subi l'opération d'une hernie inguinale bilatérale en 2018, une hystérectomie subtotale interne annexielle le 12.06.2019.

Madame D. _____ fait une demande AI le 26.08.2019.

Devant des douleurs dorsales, une IRM de la colonne thoracique est réalisée le 08.01.2020 ne montrant que des discopathies de D3 à D9 ainsi que D11-D12 avec de petites hernies discales sous-ligamentaires. Toutes ces hernies discales n'engendrent aucun conflit disco-radiculaire. Il n'y a pas non plus d'image inflammatoire. On ne retrouve pas non plus d'images pathologique, inflammatoire ou pas de la paroi antérieure du thorax.

Une IRM lombo-sacrée, réalisée le 31.08.2020 met en évidence des troubles dégénératifs au niveau des articulaires postérieures, une discopathie lombaire de L3 à S1 prédominant en L4-L5 sans image de conflit disco-radiculaire.

Madame D. _____ présente ensuite des douleurs extrêmement diffuses qualifiées de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais on fait également le diagnostic d'arthrite psoriasique qualifiée

de probable. L'antigène HLA-B27 est absent. Les facteurs rhumatoïdes anti-CCP, anticorps anti-nucléaires, anticorps anti DNA natif, anticorps antigènes nucléaires solubles, anti-CCP sont tous négatifs. Il n'a pas été retrouvé à l'occasion de cette expertise de signe de psoriasis.

L'IRM de la colonne thoracique et lombo-sacrée pratiquée précédemment en août 2020 montre un œdème sous-chondral des articulations sacro-iliaques en regard des zones de contrainte mécanique, sans érosion visualisée. Ses érosions ne sont pas non plus visualisées au niveau des mains et des pieds en février 2021.

La radiographie du rachis lombaire ne montre que des troubles dégénératifs L5-S1 en février 2021 et la radiographie du bassin montre une irrégularité de type dégénératif sur les articulations sacro-iliaques.

On note qu'elle a été traitée précédemment par du Simponi avec une réaction d'intolérance avec malaise sans perte de connaissance, crampes abdominales, syndrome cutané et respiratoire, sans critère pour une réaction allergie (tryptase négative) ; du Xeljanz entre avril et juin 2021 stoppé pour cytopénie puis du Taltz depuis juillet 2021.

Madame D. _____ fait une demande prestation AI le 24.09.2021.

Elle consulte le centre de la douleur au [...] qui décrit des douleurs relativement diffuses sans dérouillage matinal et une douleur de la hanche gauche. Il est noté que malgré l'arrêt du Xeljanz précédemment, les symptomatologies ont persisté malgré son arrêt. Une allergie ne peut donc pas être mise en cause. Après diverses investigations, le syndrome douloureux somatoforme est suspecté.

Il est noté qu'à la consultation de novembre 2021 (en rhumatologie au [...]), aucune synovite n'est constatée, mais il est quand même prévu la mise en place du Rinvoq. N'ayant pas de prise en charge, le Taltz est débuté puis le Rinvoq est mis en place devant l'inefficacité du Taltz.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a des incohérences. La présentation et l'examen clinique ne révèle aucun signe pour une polyarthralgie qu'elle soit psoriasique ou non. Les douleurs sont extrêmement diffuses et évoque plutôt une fibromyalgie. Les descriptions sont très variables et il existe de nombreuses réactions vaso-motrices, dyspnée, dysphonie, palpitation, malaise, lâchage. Ces réactions sont, en particulier, très fréquentes à l'introduction d'un nouveau médicament sans qu'il soit démontré de façon évidente l'existence d'une allergie. L'expertisée s'est montrée très démonstrative dans son attitude pendant l'interrogatoire mais également pendant l'examen clinique.

Les limitations de l'expertisée ne sont pas cohérentes ni uniformes et les traitements se sont tous révélés inefficaces, quels qu'ils soient.

[...]

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Il s'agit d'une expertisée qui présente des douleurs diffuses depuis de nombreuses années. Ces douleurs ont un caractère très variable puisqu'elles sont parfois nocturnes, l'expertisée ayant par ailleurs des nuits complètes, et le dérouillage matinal est entre 15 et 20 minutes. Il n'y a aucune constatation d'arthrite périphérique ou de synovites. Le bilan biologique est parfaitement normal et les examens radiologiques ne montre aucun signe d'inflammation ou d'érosion évoquant une spondylarthropathie. L'œdème sous-

chondral des articulations sacro-iliaques, dans la zone des contraintes mécaniques, s'explique parfaitement bien par les trois grossesses de l'expertisée, surtout qu'il n'existe aucune érosion. Les critères de classification Caspar pour un rhumatisme psoriasique ne sont absolument pas respectés puisque seule la présence d'un antécédent familial de psoriasis et la négativité des facteurs rhumatoïdes sont présents, ce qui est bien maigre. De plus, tous les traitements effectués se sont révélés inefficaces.

En revanche, les critères pour une fibromyalgie sont bien présents avec 19 points de fibromyalgie positif et l'association avec une asthénie.

De nouvelles infiltrations pour le grand trochanter gauche peuvent être proposées et des semelles orthopédiques avec un renfort rétro capital antérieur, en regard de la deuxième tête métatarsienne, sont indiqués.

La fibromyalgie n'a pas de traitement propre. On utilise, en général, les antidouleurs du type antidépresseurs tricycliques, la Prégabaline, la Gabapentine. On peut également proposer la Neuro stimulation transcutanée du type TENS et la physiothérapie en piscine.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Il s'agit d'une expertisée qui assure les tâches de la vie quotidienne avec l'aide de son mari et une amie et qui par ailleurs s'occupe régulièrement de ses enfants.

Ses ressources internes semblent altérées par de nombreuses réactions vaso-motrices. Elle s'est, en effet, montrée très démonstrative pendant l'expertise. Il n'a pas été retrouvé d'éléments cliniques en rapport avec le diagnostic de spondylarthropathie psoriasique. Et de plus tous les traitements proposés ont été inefficaces.

En revanche les ressources externes sont bien présentes.

On apprécie le retentissement de la fibromyalgie sur le test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) ce test est à 4/9. Les signes associés, représentés par le teste SSB, sont à 1/3. La gravité globale de cette fibromyalgie est donc de 5/12 ce qui est faible. Par ailleurs, la présence de ressources explique la raison pour laquelle cette fibromyalgie n'a pas de retentissement sur la capacité de travail.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % depuis janvier 2020. En effet, le Dr [...], le 07/09/2020, statue pour une capacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % depuis le 1^{er} avril 2020 mais en même temps précise, dans les limitations fonctionnelles, une limitation à la flexion du tronc ce qui n'est pas compatible avec l'activité de femme de ménage puisque celle-ci impose quasi exclusivement cette position.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

100% depuis toujours.

Limitations fonctionnelles : Pas effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Pas de marche prolongée ni de montée d'escalier répétée.

[...] »

bb) La recourante soutient que l'expert rhumatologue n'a, à tort, pas retenu les diagnostics d'arthrite psoriasique et de gonarthrose et coxarthrose débutantes. Elle se prévaut également des rapports des Drs K._____ et L._____ qui attestent d'une capacité de travail de 0 %, respectivement de 50 % avec une diminution de rendement de 15 % à 20 %.

En l'occurrence, contrairement à ce que la recourante soutient, l'expert a bien tenu compte de ces éléments dans son appréciation. Il a en outre bien eu connaissance des rapports des Drs L._____ et B._____ du 19 octobre 2021, Z._____ et G._____ du 16 novembre 2021, F._____ du 23 décembre 2021, ou K._____ du 11 janvier 2022.

Dans son rapport d'expertise, le Dr Q._____ a écarté le diagnostic d'arthrite psoriasique en motivant avec soin son appréciation. Il a longuement expliqué à ce sujet que les examens étaient tous négatifs et qu'aucun signe de psoriasis n'avait été retrouvé lors de l'expertise. En particulier, il relevait que les critères de classification pour un rhumatisme psoriasique n'étaient absolument pas respectés, puisque seule la présence d'un antécédent familial de psoriasis et la négativité des facteurs rhumatoïdes étaient présents, et que tous les traitements effectués s'étaient révélés inefficaces. Le Dr Q._____ a par ailleurs fait état d'incohérences, la présentation et l'examen clinique ne révélant aucun signe pour une polyarthralgie, qu'elle soit psoriasique ou non. Selon l'expert, les douleurs étaient extrêmement diffuses, ce qui évoquait plutôt une fibromyalgie. Les descriptions étaient très variables et il existait de nombreuses réactions vaso-motrices, dyspnée, dysphonie, palpitation, malaise, lâchage, étant précisé que ces réactions étaient, en particulier, très fréquentes à l'introduction d'un nouveau médicament sans qu'il soit démontré de façon évidente l'existence d'une allergie. De l'avis du Dr Q._____, les limitations de la recourante n'étaient pas cohérentes ni uniformes, rappelant que les traitements s'étaient tous révélés inefficaces, quels qu'ils soient.

S'agissant des diagnostics de gonarthrose et coxarthrose droites débutantes, la recourante se prévaut à cet égard des rapports des Drs P._____ - non daté - et L._____ du 2 novembre 2023, tous deux établis en réponse aux questions de son conseil. En l'occurrence, si l'expert rhumatologue ne s'est pas prononcé spécifiquement sur ces deux diagnostics, on rappellera qu'il a bien tenu compte et procédé à une appréciation soigneuse des atteintes ostéoarticulaires de l'assurée relevées dans les rapports de ses différents médecins jusqu'à la date de l'expertise.

Quoi qu'il en soit, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). En l'occurrence, il ne ressort pas des diagnostics différentiels l'existence de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte, et les douleurs invoquées sont largement connues. En particulier, le Dr Q._____ note à titre de limitations fonctionnelles que l'assurée doit limiter le port de charges et préconise également une activité limitant fortement les déplacements. Ces limitations ne divergent pas sensiblement de celles exprimées dans les rapports des Drs P._____ et L._____, qui sont globalement superposables. En effet, la Dre L._____ note qu'une activité non physique, administrative polyvalente avec la possibilité de changer de position et de faire des pauses pourrait être adéquate, les réserves émises quant à l'exercice d'une telle activité par l'assurée étant uniquement liés aux connaissances linguistiques de celle-ci. En outre, la Dre L._____ retient une capacité de travail de 50 % avec diminution de rendement de 15 à 20 %, sans toutefois l'étayer, ce qui ne suffit pas à invalider la position de l'expert. Dès lors, ces rapports, qui font état d'une appréciation différente d'un même état de fait, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation convaincante de l'expert.

Le Dr K._____, dans ses rapports des 11 janvier 2022 et 5 septembre 2023, estime pour sa part que l'assurée présente une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} juin 2021, en raison de douleurs à la marche et à la mobilisation de l'épaule et de la hanche gauches. Le médecin traitant ne mentionne toutefois pas d'atteinte à la santé qui n'aurait pas été prise en compte par les experts. Il répertorie en outre des limitations fonctionnelles qui se recoupent avec celles déterminées par le Dr Q._____, à savoir des limitations dans les déplacements, la marche et le port de charge. Du reste, le Dr K._____ n'étaye pas en quoi une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui permettrait à l'intéressée d'éviter de ressentir les douleurs en question, ne serait pas réalisable, hormis pour des motifs d'ordre psycho-social. On relèvera au surplus qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant peut être susceptible, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Partant, ces rapports, qui font état d'une appréciation différente d'un même état de fait, ne permettent pas de mettre en doute l'appréciation convaincante du Dr Q._____.

Quant aux rapports des 7 novembre 2023 et 11 avril 2024 du Dr M._____, ils ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation de l'expert rhumatologue. Ceux-ci relatent en effet une évolution en dents de scie de la douleur ressentie et une symptomatologie subjective. Au niveau diagnostique, ce médecin rejoint l'avis de l'expert en rhumatologie, en faisant état de lombalgies d'étiologies mixtes et d'une fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles retenues sont également similaires. On relève au surplus que le Dr M._____ n'amène pas d'élément qui aurait été ignoré par l'expert et ne se prononce au demeurant pas sur la capacité de travail. En particulier, il ne remet pas en cause la capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

cc) Au vu de ce qui précède, on ne voit aucune raison de s'écarter de l'appréciation du Dr Q._____, laquelle n'est sérieusement contredite par aucun avis spécialisé au dossier. Il y a dès lors lieu de se

rallier à l'évaluation de l'expert rhumatologue, qui ne prête pas le flanc à la critique.

e) aa) Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr S._____. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise du V._____ du 1^{er} septembre 2022, annexe 2, p. 20) :

« [...]

4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

[...] [L'expertisée] présente une tendance à la digression, elle se perd parfois dans les détails. L'entretien est ainsi assez difficile, la biographie est difficilement retraçable. Il n'y a pas d'agressivité mais une certaine irritabilité. Le faciès n'est pas figé, elle va pouvoir s'ouvrir. Il n'y a pas de véritable ralentissement de la gestuelle. Elle est restée assise tout au long de l'entretien sans manifestations douloureuses évidentes.

[...]

4.3 Constatations lors de l'examen

Nous ne trouvons pas de trouble de la sphère psychotique : pas de délire, pas d'hallucinations auditives, visuelles ou cénesthésiques, pas d'attitude d'écoute, pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Pas d'émoussement des affects, pas de bizarreries de contact, pas de syndrome d'influence, pas d'automatisme mental, pas de barrages, pas de néologismes.

Nous trouvons une fatigue et une fatigabilité, avec un envahissement du champ de pensée par les douleurs. Elle a une mauvaise estime d'elle-même. Nous trouvons une baisse d'élan vital et une perte d'intérêt. Il n'y a pas de désinhibition. Les idées suicidaires sont passives, sans véritable scénarisation.

Nous ne trouvons pas de désorientation temporospatiale. Pas de bradypsychie bien que les thèmes abordés soient pauvres. Pas de troubles majeurs de mémoire ou de l'attention, mais nous trouvons des difficultés dans l'organisation de la pensée.

Il n'y a pas de manifestations neurovégétatives comme des sueurs ou une pâleur de visage. Pas de changement de couleur de peau ou de tonalité de voix. De temps en temps, on ressent une tension anxieuse qui se manifeste par une logorrhée. Pas d'agressivité.

Pas de signe d'une intoxication éthylique aiguë : pas d'ataxie, pas de dysarthrie, pas de troubles de vigilance. Pas de signe d'une intoxication éthylique chronique : pas d'ictère, pas d'élargissement du polygone de sustentation, pas de tremblements fins des extrémités.

Concernant les résultats du 28.07.2022 nous trouvons un taux de CDT à 0.8 %, dans les normes, et l'absence de toxiques dans les urines. »

Le Dr S._____ a retenu les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11) et d'accentuation de certains traits de personnalité, traits évitants et

dépendants (Z73.1). Il a communiqué l'évaluation spécialisée suivante (cf. ibidem, annexe 2, p. 21-22) :

« **6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Cette expertisée a 38 ans, elle est [...], mariée, elle a trois enfants. Elle est venue en Suisse pour améliorer sa qualité de vie. Elle n'arrive plus à exercer son activité de femme de ménage en raison de ses douleurs apparues autour de mars 2018 (selon le dossier clinique et l'anamnèse), et qui se sont accentuées par la suite entraînant une souffrance morale, notamment suite à une hystérectomie pratiquée en juin 2019. À partir de cette date, elle a présenté une humeur triste, des éléments anxieux et une mésestime de soi. Elle n'envisage pas d'activité professionnelle et elle a toujours plus besoin de son entourage. Elle se sent très régulièrement critiquée par sa belle-mère. Elle tend à éviter les relations sociales.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes alléguées ne sont pas vérifiées lors de notre entretien. En effet, elle n'a pas montré de douleurs particulières.

[...]

Nous trouvons un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, évoluant surtout à partir de juin 2019 : humeur triste, baisse d'élan vital, perte de confiance en elle, avec idées suicidaires passagères impulsives.

De novembre 2020 à janvier 2022, elle était très angoissée, avec des idées suicidaires plus marquées, comme l'ont noté ses différents thérapeutes.

Actuellement, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de troubles cognitifs majeurs, si ce n'est un envahissement du champ de pensées par les douleurs. Les thèmes abordés sont pauvres, autocentrés sur les douleurs. Nous ressentons une labilité émotionnelle. L'anxiété est centrée sur le fait de se trouver en présence du monde et de faire un malaise mais on ne peut parler de véritable agoraphobie. Il n'y a pas d'anxiété généralisée car il n'y a pas d'anxiété constante, flottante. Elle n'a plus les oppressions thoraciques qu'elle avait lors de ses récentes hospitalisations. Nous ne retenons pas de trouble panique car son anxiété ne mène pas à des attaques de panique. Les éléments anxieux font partie du tableau clinique dépressif et nous éliminons ainsi un trouble anxieux dépressif mixte.

Nous ne retenons pas de véritable trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte car de nombreux autres éléments sont à l'origine de l'épisode dépressif. Nous notons une crainte de descendre les escaliers et une crainte de répondre au téléphone.

Nous ne retenons pas de trouble affectif bipolaire : absence d'antécédent de phase maniaque ou hypomaniaque malgré sa labilité émotionnelle et thymique. Nous considérons qu'il existe un continuum dépressif et nous ne retenons donc pas de trouble dépressif récurrent (pas d'antécédent de dépression avant juin 2019, date de son hystérectomie). Nous ne retenons pas non plus de disparition totale des éléments dépressifs depuis juin 2019, malgré une amélioration dûment constatée par les experts.

Pas de trouble de l'addiction. Les résultats des examens biologiques et l'examen clinique viennent conforter l'anamnèse.

[...]

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Planification et structuration des tâches	Elle a des difficultés à planifier et à structurer les tâches, en raison d'un envahissement du champ de pensée par les douleurs. Il existe une labilité
Adaptation aux règles et aux routines	Elle peut s'adapter aux règles et aux routines.
Flexibilité et adaptabilité	Les changements sont mal vécus, source de stress, et donc source de désorganisation de la pensée.
Mise en pratique des compétences	Elle parle un peu le français.
Capacité à porter des jugements et à prendre des décisions	Elle peut donner son point de vue.
Activité spontanée	L'activité spontanée faible. Elle manque de motivation, elle se perçoit comme très
Persévérance	Nous répondrons de la même façon.
Capacité d'affirmation de soi	Elle peut dire non. Elle a pu affirmer son désaccord avec son mari lorsqu'il était trop pris par son travail.
Rapports avec la famille et les intimes	Ils sont moyens.
Contact avec les autres, capacité à pouvoir travailler en groupe	Elle peut travailler en groupe, mais actuellement, la labilité émotionnelle peut entraîner des conflits. Elle peut être
Capacité au rapport privilégié à deux	Elle est inscrite dans une dimension de couple. Néanmoins, le syndrome douloureux somatoforme l'empêche de s'occuper au
Capacité à prendre soin de soi	Pas de difficultés à prendre soin d'elle-même
Capacité à se mouvoir	Elle peut conduire sur de courtes distances.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est de 100 % depuis toujours jusqu'à juin 2019, date de son hystérectomie et de l'accentuation de ses traits de personnalité et de l'accentuation de ses douleurs (syndrome douloureux somatoforme persistant). De juin 2019 à novembre 2020, l'envahissement du champ de pensée par les douleurs a entraîné des difficultés d'organisation de la pensée avec des digressions et donc une baisse de rendement de 30%, par temps possible passé au travail de 100%. La capacité de travail résiduelle était donc de **70%** de juin 2019 à novembre 2020.

De novembre 2020, à janvier 2021 - janvier 2021 est la date de constatation d'une amélioration clinique par le Docteur X. _____ -, la capacité de travail était de **100 %**.

Depuis janvier 2021, l'expertisée a présenté une aggravation majeure de son état clinique, avec des éléments anxieux très importants, des douleurs majeures, dans un contexte de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y avait également une importante accentuation des traits de personnalité et son état

clinique était le même que dans la période de juin 2019. La capacité de travail était donc de **70%**.

Les limitations fonctionnelles sont : pas de traitement simultané d'informations multiples, pas de prise de décision immédiate, travail répétitif et maîtrisé, sans trop d'émotions car cela pourrait accentuer le syndrome douloureux somatoforme, les difficultés d'organisation de la pensée et la volonté de fuir les critiques. Le travail habituel respecte [les] limitations fonctionnelles.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Idem.

[...] »

Le Dr S._____ a apporté des précisions sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée, comme suit (cf. complément d'expertise du 14 octobre 2022) :

« [...] Il existe effectivement une erreur dans les datations concernant la conclusion.

L'expertisée était, effectivement, très angoissée avec des idées suicidaires plus marquées, de novembre 2020, à janvier 2022. Même si à cette date, en janvier 2022, dans le rapport du Dr X._____, il était noté une baisse de moral, et une irritabilité, il était retenu une amélioration clinique avec une capacité de travail retenue par ce même médecin de 70%.

Ainsi, la capacité de travail dans cette période de novembre 2020 à janvier 2022 était bien de 0%, et non pas de 100%. Nous aurions dû noter *incapacité*, et non pas capacité de travail, à 100%. Il en est de même dans la partie consensuelle où il faut bien reprendre ces dates, et cette incapacité totale de travail entre novembre 2020 et janvier 2022. Puis, nous retenons une capacité de travail de 70% dans la capacité de travail habituelle comme adaptée d'un point de vue psychiatrique, à partir de janvier 2022.

[...]

Ainsi, d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail était de 100% jusqu'à juin 2019, puis de 70% de juin 2019 à novembre 2020, puis de 0%, de novembre 2020 à janvier 2022, puis de 70% dès janvier 2022. En effet, elle était bien dans une incapacité de travailler de novembre 2020 à janvier 2022. Janvier 2022 est bien la date de constatation d'une amélioration clinique par le Dr X._____.

[...] »

bb) En l'occurrence, la recourante n'a élevé aucun grief à l'encontre de cette appréciation. Elle a toutefois produit en procédure un rapport du 24 mai 2024 des Dres H._____ et A._____ du Département de psychiatrie du [...], lesquelles font état d'une capacité de travail de 50 %, sans toutefois motiver les raisons qui les conduisent à la retenir. Les psychiatres du [...] sont néanmoins d'avis que la recourante présente une stabilité psychique depuis septembre 2023. Elles ont retenu en tant que limitations fonctionnelles un épuisement important, de l'anxiété, une

fatigue diurne, une labilité émotionnelle et une hypersensibilité au stress. Or ces limitations fonctionnelles ont été prises en compte par l'expert psychiatre. Le Dr S._____ a en particulier bien fait état de la labilité émotionnelle ainsi que de l'anxiété. L'expert a également noté une fatigue et une fatigabilité. Il a estimé sur la base de ses observations que la capacité de travail était de 70 %, en expliquant bien que l'accentuation de ses traits de personnalité et de ses douleurs, puis l'envahissement du champ de pensée par les douleurs, avait entraîné chez la recourante des difficultés d'organisation de la pensée avec des digressions et ainsi une baisse de rendement de 30 %.

Il faut constater, dès lors que ce rapport n'apporte pas d'éléments médicaux qui auraient été omis par l'expert, et procède en définitive d'une appréciation différente d'un même état de fait et ne permet pas de mettre en doute l'appréciation convaincante du Dr S._____.

f) En définitive, lorsque l'OAI a statué sur la demande de prestations de la recourante, aucun élément médical ne permettait de remettre valablement en cause l'expertise pluridisciplinaire du V._____, à laquelle il convient de reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé était ainsi fondé à retenir une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique présentées par la recourante.

9. S'agissant du statut de la recourante, l'intimé a considéré que celle-ci avait un statut mixte, à savoir 50 % active et 50 % ménagère, sur la base du formulaire ad hoc complété le 30 octobre 2019, dans lequel l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé elle exercerait une activité lucrative à 50 %, ainsi que de l'enquête ménagère mise en œuvre à son domicile le 27 juin 2023. Les conclusions de l'enquête retiennent en substance que l'assurée, mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...] n'a jamais travaillé à temps plein depuis son arrivée en Suisse en 2011 et a choisi de réduire son taux d'activité à partir de la naissance de son premier enfant. Toutefois, même lorsque, pour des raisons indépendantes

de sa volonté, l'assurée a dû diminuer son taux d'activité, elle a toujours cherché à maintenir un taux d'activité d'au moins 50 %. Il n'y a en l'état pas d'éléments justifiant de s'écarter de ce statut mi-active mi-ménagère. La recourante n'élève du reste aucun grief à l'encontre de ce statut, lequel peut être confirmé.

Pour le surplus, aucun grief n'a été soulevé par la recourante à l'encontre de l'enquête ménagère, laquelle remplit au demeurant les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 7c supra) si bien qu'elle peut être confirmée également en ce qui concerne les empêchements ménagers retenus, lesquels ont été évalués à 26.17 % pour un 100 %.

10. En définitive, en retenant un taux d'empêchement de 30 % sur la part active et de 26.17 % sur la part ménagère, l'intimé a retenu un taux d'invalidité pondéré de 28.08 %, arrondi à 28 %. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé l'octroi à la recourante d'une rente d'invalidité, le seuil de 40 % ouvrant le droit à cette prestation n'étant pas atteint.

11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art 61 let. g LPGGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 9 novembre 2023 par Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Guerry, pour D._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :