

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mars 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 28 et 28a LAI ; art. 27 et 27^{bis} RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Sans formation professionnelle, elle a notamment travaillé entre [...] et [...] en qualité de femme de chambre au sein du [...] et de [...], à [...], à un taux de 100 %.

Le 3 novembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'une perte de sensibilité de son bras droit depuis le 6 mai 2010.

Par rapport du 16 novembre 2010, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic - incapacitant - de syndrome régional douloureux complexe du membre supérieur droit de type I (depuis le 6 mai 2010) et les diagnostics - non incapacitants - de status après phlébite superficielle du poignet droit (le 6 mai 2010) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (CIM-10 [10^e révision de la classification internationale des maladies] F43.21 ; depuis août 2010).

Par rapport du 24 octobre 2015, les Drs [...], spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux experts auprès du centre d'expertises D._____, ont retenu le diagnostic - avec impact sur la capacité de travail - de *Complex Regional Pain Syndrom* (CRPS) du membre supérieur droit (depuis mai 2010) et les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies sur discopathies (depuis 2010), de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10 F41.2 ; depuis début 2014), de status après entorse de la cheville droite (le 17 juin 2015) et d'anémie ferriprive. Selon eux, la capacité de travail de l'assurée était pleine à compter du mois de juin 2011 dans une activité adaptée proscrivant les efforts et les mouvements répétés du membre supérieur droit.

Par décision du 17 mars 2016, confirmant un projet de décision du 25 novembre 2015, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2011.

B. De [...] à [...], C._____ a travaillé en tant que collaboratrice de vente pour le compte de la société A._____ SA, à [...], à un taux de 70 %.

Le 26 octobre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, signalant une détérioration de sa santé au niveau de la jambe gauche en mai 2019 à la suite d'une intervention de traitement de varices, avec des pertes de force, de sensibilité et d'équilibre.

Dans le cadre de l'instruction de cette seconde demande, l'OAI a recueilli diverses pièces, dont :

- un rapport du 9 octobre 2020 du Dr L._____, spécialiste en neurologie, lequel décrivait une patiente qui, après une intervention pour une cure de varices du membre inférieur gauche en mai 2019, avec un abord au creux poplité interne gauche, avait développé, d'une part, des thromboses veineuses profondes à répétition et, d'autre part, des douleurs descendantes allant de la face postérieure dudit creux jusqu'au mollet, tout en confirmant, sur la base d'un examen neurographique, une perte axonale motrice au niveau des nerfs tibial, péronier profond moteur et sural ;
- un rapport du 23 décembre 2020 du Dr T._____, lequel relevait les diagnostics de syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche (algoneurodystrophie) et de cervico-scapulalgies tensionnelles récidivantes à droite ;
- un rapport du 12 janvier 2021 de la société A._____ SA faisant état d'un salaire annuel de 44'425 fr. 55 dès le 1^{er} janvier 2019 ;
- un rapport du 14 avril 2021 du Dr L._____, lequel affirmait que la lésion peropératoire des deux divisions du tronc sciatique gauche au creux poplité gauche rendait l'exercice de l'activité habituelle de vendeuse impossible depuis mai 2019, tout en précisant que la mise en place de mesures de réadaptation était envisageable,

notamment en vue d'acquérir une formation d'employée de commerce ;

- un rapport du 2 mai 2022 du Dr T._____, lequel attestait une capacité de travail de 70 % (susceptible d'augmenter à 80 %) dans une activité adaptée, soit une activité n'exigeant pas de s'accroupir ou de se mettre à genoux, de tenir de manière prolongée (maximum 30 minutes) une position statique, d'effectuer des mouvements répétitifs avec le membre inférieur gauche et le membre supérieur droit plus haut que l'épaule, de travailler en extension de la nuque, de porter des charges avec le membre supérieur droit de plus de 5 kg et de plus de 2 kg de façon répétitive, de se déplacer en voiture sur des périodes de plus de 45 minutes sans pause et à pieds sur des distances de plus de 600 mètres environ ou de plus de 100 mètres environ de manière répétitive et de monter fréquemment sur des escabeaux, des escaliers, des échelles ou des échafaudages, tout en permettant de changer régulièrement de positions et de fractionner les activités ;
- un rapport du 15 septembre 2022 de ce même médecin, lequel exposait que l'assurée avait développé, depuis son dernier rapport, une importante bursite infra-patellaire à gauche, ce qui avait réduit sa capacité de travail dans une activité adaptée à 50 % ou 60 % ;
- un rapport du 23 novembre 2022 du Dr [...], spécialiste en rhumatologie, lequel faisait état du diagnostic de gonalgies gauches sur bursite ansérine gauche, avec instabilité en raison d'un *genu valgum*, tout en reconnaissant une capacité de travail entre 6 et 8 heures par jour dans une activité adaptée ; et
- un rapport du 7 décembre 2022 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel posait les diagnostics - incapacitants - de trouble dépressif récurrent sévère (CIM-10 F33.0), de trouble anxieux réactionnel et de syndrome douloureux chronique, tout en certifiant une capacité de travail de 50 % dans n'importe quelle activité.

Du 7 au 30 novembre 2022, l'assurée a pris part à une mesure de reclassement sous la forme d'un stage professionnel auprès de la société [...] Sàrl, à [...].

Dans un avis du 10 février 2023, le Dr Z._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en psychiatrie, en rhumatologie, en neurologie et en médecine interne.

Les 8, 16 et 17 mai 2023, l'assurée a été examinée par les Drs M._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en rhumatologie, J._____, spécialiste en neurologie, et R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous quatre experts auprès du centre d'expertises D._____. Dans un rapport du 30 juin 2023, ces derniers ont retenu les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de syndrome fémoro-patellaire favorisé par la surcharge pondérale et le morphotype en *genu valgum* et de déficit moteur limité distal du membre inférieur gauche, ainsi que les diagnostics - sans influence sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22), évoluant depuis plus d'un an, survenu dans les suites de comorbidités somatiques et associé à des traits de personnalité émotionnellement labile, de troubles sensitifs non systématisés du membre inférieur gauche, d'épisodes de thrombose veineuse profonde du membre inférieur droit en juillet 2019 et du membre inférieur gauche en juin 2019 et de thrombose veineuse profonde poplitée gauche idiopathique en janvier 2018, de status après crossectomie, stripping court bilatéral de la grande veine saphène et phlébectomie étagée aux deux membres inférieurs en mai 2019, d'obésité modérée, de status après bursite ansérine gauche et de status après syndrome régional douloureux complexe du membre supérieur droit. D'après eux, la capacité de travail s'élevait à 80 %, depuis mai 2022, dans l'activité habituelle de vendeuse et à 100 %, depuis toujours, dans une activité adaptée, laquelle devait tenir compte des limitations fonctionnelles suivantes (*sic*) :

« Limiter au maximum les travaux à genoux, en position accroupie, la montée et descente d'escaliers ou de barreaux d'échelle. Limiter un travail avec des marches prolongées et/ou avec port de charges de plus de 5 kg. ».

Dans un avis du 11 juillet 2023, le Dr Z. _____ s'est rallié aux conclusions des experts du centre d'expertises D. _____.

Par projet de décision du 12 juillet 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Le 13 septembre 2023, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a formulé des observations sur ce projet de décision. Elle a joint un rapport du 5 septembre 2023 du Dr T. _____, lequel reprochait à l'expertise du centre d'expertises D. _____ d'avoir « *fait l'impasse sur le diagnostic principal de SDRC [syndrome régional douloureux complexe] de type 2 du MIG [membre inférieur gauche] et également sur les séquelles du SDRC de type 1 du MSD [membre supérieur droit], ancien, ce qui lui permet[tait] de surestimer massivement l'autonomie et la capacité de travail* ».

Par rapport du 18 octobre 2023, le Dr W. _____ a déclaré que la situation n'avait pas évolué sur le plan psychique. L'assurée souffrait toujours d'un trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33.0), d'un trouble anxieux réactionnel, d'un syndrome douloureux chronique et d'obésité morbide. Sa capacité de travail se montait à 50 % dans toute activité.

Dans un avis du 8 novembre 2023, la Dre P. _____, médecin auprès du SMR, a estimé que les rapports susmentionnés des Drs T. _____ et W. _____ n'étaient pas susceptibles de remettre en doute la position du service médical de l'OAI.

Par décision du 20 novembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 juillet 2023.

C. Le 8 janvier 2024, C._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu dès le 1^{er} avril 2021 au plus tard et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, elle a produit - entre autres pièces - un rapport établi le 11 décembre 2023 par le Dr T._____. Elle a en outre requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et d'une évaluation économique sur le ménage.

Par réponse du 15 février 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a versé au dossier un avis du 5 février 2024 de la Dre P._____.

Par réplique du 19 avril 2024, C._____ a maintenu ses conclusions, annexant un rapport du 14 mars 2024 du Dr T._____.

Par duplique du 21 mai 2024, l'OAI a réitéré ses conclusions.

Par courrier du 23 mai 2024, la Cour de céans a invité l'OAI à lui remettre les enregistrements sonores des entretiens entre l'assurée et les experts du centre d'expertises D._____. Cette autorité s'est exécutée le 3 juin 2024.

Dans une écriture du 16 août 2024, C._____ a renouvelé ses conclusions.

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 - compte tenu des fêtes d'hiver (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - 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) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas présent, la recourante a déposé, le 26 octobre 2020, une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que la procédure concerne l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} avril 2021 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 2 *ad* art. 28a LAI).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le revenu que la personne aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée d'elle 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) 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 leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 ; 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).

cc) 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée 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 elle 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ;

comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu 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 la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée 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 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut 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, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

6. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante, dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, aurait exercé son activité lucrative à un taux de 70 % et consacré le reste de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels (statut mixte).

b) Lors du dépôt de sa première demande de prestations, en novembre 2010, la recourante, alors mariée et mère d'un enfant, avait indiqué, dans le formulaire de détermination du statut, qu'elle souhaitait exercer une activité à 100 % dans l'hypothèse où elle était en bonne santé. Ce statut avait été confirmé par un rapport d'évaluation économique sur le ménage du 3 mai 2013. A l'occasion de sa seconde demande de prestations du 26 octobre 2020, la recourante, qui avait donné naissance à deux autres enfants dans l'intervalle, a signalé, dans le formulaire de détermination du statut rempli à la demande de l'intimé le 11 janvier 2021, que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi une activité à plein temps par nécessité financière. Toutefois, elle a par la suite admis, dans le cadre de l'expertise de 2023 auprès du centre d'expertises D._____, qu'elle aurait aimé travailler à un taux oscillant entre 60 % et 70 % afin de disposer du temps nécessaire pour s'occuper de sa famille, avant de corroborer cette répartition dans son recours. Sur le plan professionnel, elle a travaillé à un taux de 70 % auprès de la société A._____ SA entre [...] et [...].

c) Dès lors, compte tenu des éléments exposés ci-dessus, il convient de retenir - au degré de la vraisemblance prépondérante - que la recourante, en bonne santé, aurait poursuivi une activité lucrative à un taux de 70 %, telle que déployée à l'époque au sein de la société A._____ SA, et dédié 30 % de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels (statut mixte). Il n'existe en effet aucune raison de s'écarter des propres déclarations de l'assurée exprimées lors des entretiens avec les experts du centre d'expertises D._____, en mai 2023, lesquelles correspondent d'ailleurs à sa situation effective avant la survenance de ses problèmes de santé et semblent avoir satisfait durablement aux besoins financiers de son ménage.

7. a) Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que les examens experts sur le plan rhumatologique, neurologique et de médecine interne n'avaient - semble-t-il - pas été enregistrés, ainsi qu'exigé par l'art. 44 al. 6 LPGA, raison pour laquelle l'expertise était viciée. Or, au cours de la procédure de recours, l'intimé a produit, à la demande de la Cour de céans, les enregistrements requis. La recourante n'a par ailleurs émis aucune critique à la suite de l'écoute de ces derniers dans son écriture du 16 août 2024. Ce grief - infondé - doit par conséquent être écarté.

b) La recourante conteste ensuite la valeur probante des conclusions du rapport d'expertise du 30 juin 2023, selon lesquelles elle était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis toujours. Se fondant sur les rapports des 5 septembre et 11 décembre 2023 et du 14 mars 2024 du Dr T._____, de même que sur le rapport du 18 octobre 2023 du Dr W._____, elle a estimé sa capacité de travail à 50 % au maximum en raison de ses troubles psychiques et somatiques.

aa) Sur le plan psychiatrique, la Dre R._____ a procédé à une appréciation circonstanciée des points litigieux. A ce titre, elle a mentionné que le traitement mis en place ne correspondait pas à la sévérité du diagnostic d'épisode dépressif relevé par le Dr W._____ et que les critères diagnostiques habituels posés par la CIM-10 pour cette pathologie n'étaient pas réunis. Le diagnostic de syndrome douloureux chronique devait de surcroît être écarté, dès lors que les plaintes algiques trouvaient leur origine dans des atteintes somatiques avérées. Le diagnostic de trouble anxieux réactionnel pouvait en revanche être validé, mais sous la forme d'un trouble anxio-dépressif. L'experte psychiatre a en outre procédé à des examens complets et pris en considération dans son analyse les plaintes de la recourante en lien avec de la tristesse et une anxiété notamment. Le volet psychiatrique du rapport d'expertise a, au demeurant, été établi en pleine connaissance des pièces versées au dossier, en particulier du rapport du 7 décembre 2022 du Dr W._____. Pour finir, la Dre R._____ a décrit et apprécié la situation médicale de

manière claire et a motivé à satisfaction ses conclusions selon lesquelles la recourante était à même de travailler à plein temps dans toute activité du point de vue psychique.

Sur ce dernier point, l'experte psychiatre a - conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. *supra* consid. 5c) - posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (CIM-10 F43.22) selon les règles de l'art et n'a pas souligné de motif d'exclusion. Elle a également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Dans ce cadre, elle a signalé que le diagnostic précité était non incapacitant, ce qui constitue un indice fort allant dans le sens d'une atteinte de faible gravité (cf. TF 9C_154/2016 du 19 octobre 2016 consid. 4.1). Elle a par ailleurs exposé que la recourante bénéficiait d'un traitement par Remeron depuis avril 2023, lequel avait été partiellement couronné de succès, avec une rémission incomplète. Dès lors, contrairement à ce que soutient l'assurée, l'experte psychiatre a bien tenu compte du fait que celle-ci était soumise à un traitement antidépresseur, quand bien même elle n'a pas évoqué la prise de Rabalance dont a fait mention le Dr W. _____ dans son rapport du 18 octobre 2023. A cet égard, comme l'a expliqué - à juste titre - le service médical de l'intimé dans son avis du 8 novembre 2023, il n'est pas pertinent de savoir si la Dre R. _____ a confondu ces deux produits ou si le traitement a été modifié dans l'intervalle, dans la mesure où ces derniers n'étaient ni l'un ni l'autre adaptés aux soins d'un épisode dépressif d'intensité sévère. L'experte a de plus recommandé la prescription d'un antidépresseur plus incisif. Il subsiste donc encore des options thérapeutiques, de sorte qu'une résistance au traitement ne peut être retenue (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). S'agissant de la personnalité de la recourante et du contexte social dans lequel cette dernière évolue, le Dre R. _____ a mis en évidence l'existence d'importantes ressources mobilisables, principalement de bonnes capacités d'organisation, d'adaptation, de communication et de gestion de la relation interpersonnelle, ainsi qu'un grand soutien de la part de l'époux. Elle n'a au demeurant relevé ni altération des « fonctions complexes du Moi », les capacités d'analyse, de

jugement, de résolution de problèmes et de prise de décision étant conservées, ni trouble de la personnalité (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Enfin, sur le plan de la cohérence, elle n'a pas recensé de limitations dans la vie quotidienne, tout en précisant que l'assurée se montrait compliant vis-à-vis de son traitement (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1 et 4.4.2).

Partant, sur le vu de ce qui précède, il apparaît que les critiques de la recourante sont infondées. Les documents médicaux au dossier, dont le rapport du 18 octobre 2023 du Dr W._____, ne permettent pas de jeter le doute sur les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du 30 juin 2023, lesquelles s'avèrent convaincantes.

bb) Sur le plan somatique, les experts en neurologie, en rhumatologie et en médecine interne ont, à leur tour, apprécié les points litigieux de manière circonstanciée dans leur volet respectif. Le Dr J._____ a, à cet effet, considéré que, du point de vue neurologique, le seul reliquat de l'opération de mai 2019 consistait en un déficit minime des fléchisseurs et des releveurs du pied gauche. Le Dr F._____ a, lui, estimé qu'il n'y avait plus aucune séquelle du syndrome régional douloureux complexe dont la recourante avait été victime en 2010. Les gonalgies étaient liées au syndrome fémoro-patellaire, lequel était survenu dans un contexte de *genu valgum* et de surcharge pondérale. Quant au diagnostic de bursite ansérine gauche posé par le Dr T._____, il a souligné que les deux IRM (imageries par résonance magnétique) pratiquées en juin et juillet 2022 n'avaient objectivé aucune anomalie, avec un appareil extenseur en bonne position, sans plica ni lésion chondrale. Le Dr M._____, pour sa part, a rappelé qu'aucun argument en faveur d'un syndrome post-thrombotique n'avait été constaté lors de l'examen clinique et à l'écho-doppler de mars 2020. Les volets somatiques de l'expertise se fondent de surcroît sur des examens complets (manipulations, test de la marche, etc.) et sur l'ensemble des pièces au dossier (rapports des médecins traitants, résultats d'imagerie, rapport d'ENMG [électromyographie], etc.). Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, spécifiquement celles relatives aux douleurs au membre supérieur droit et au membre inférieur gauche. Enfin, ils ont

décrit et apprécié de manière claire la situation médicale et bien motivé leurs conclusions selon lesquelles le syndrome fémoro-patellaire et le déficit moteur limité distal du membre inférieur gauche étaient à l'origine de limitations au niveau de la mobilisation des genoux, ainsi qu'au plan de la marche et du port de charges, la recourante étant néanmoins capable d'exercer à plein temps une activité lucrative adaptée auxdites limitations.

A cet égard, la valeur probante des appréciations des Drs J._____, F._____ et M._____ ne saurait être remise en cause par les rapports des 5 septembre et 11 décembre 2023 et du 14 mars 2024 du Dr T._____. En effet, comme l'a expliqué le service médical de l'intimé dans ses avis des 8 novembre 2023 et 5 février 2024, on ne peut reprocher aux experts de ne pas avoir retenu le diagnostic de syndrome régional douloureux complexe du membre inférieur gauche, dès lors que, en tant que diagnostic d'exclusion, celui-ci ne rentrait pas en ligne de compte du fait de la pose du diagnostic de syndrome fémoro-patellaire. On ne saurait au demeurant leur faire grief d'avoir « *fait l'impasse* » sur les séquelles du syndrome régional douloureux complexe du membre supérieur droit, étant donné que, à la date de la première expertise d'octobre 2015, cette ancienne atteinte n'influençait déjà plus la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée et que rien n'indiquait qu'elle se serait aggravée depuis. Pour le reste, les limitations fonctionnelles mises en évidence par le Dr T._____, à savoir principalement une incapacité à se mettre à genoux, des difficultés et des douleurs lors de l'utilisation d'escaliers ou d'un escabeau et des restrictions à la marche et au port de charges sont dans l'ensemble similaires aux limitations fonctionnelles constatées par les experts. Les conclusions du médecin traitant quant aux diagnostics et à la capacité de travail de l'assurée constituent en définitive une appréciation divergente d'un même état de fait.

cc) Les quatre experts du centre d'expertises D._____ ont finalement procédé à une évaluation consensuelle, dont les conclusions peuvent être suivies. Il sied en conséquence de reconnaître à la recourante - sur le plan professionnel - une capacité de travail de 80 %

dans l'activité habituelle de vendeuse depuis mai 2022 et entière dans une activité adaptée d'épargne des membres inférieurs depuis toujours.

c) Dans la mesure où la recourante présente une incapacité de travail partielle dans son activité habituelle, il reste encore à évaluer son degré d'invalidité pour la part dévolue à l'exercice d'une activité lucrative, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf. *supra* consid. 3c/aa).

Pour le revenu sans invalidité, il convient de se référer au dernier salaire - extrapolé à un taux de 100 % (cf. *supra* consid. 3c/cc) - réalisé par la recourante auprès de son ancien employeur, soit 63'465 fr. 10 (cf. rapport du 12 janvier 2021 de la société A. _____ SA). Le revenu avec invalidité, pour sa part, doit être calculé à l'aune des tableaux TA1_skill_level de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1) et ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée (cf. RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Ainsi, selon les données pour l'année 2020, le salaire auquel pouvaient prétendre les femmes dans des activités manuelles simples était de 4'276 fr. pour une semaine de travail de 40 heures. Compte tenu d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41,7 heures dans ce secteur d'activités (cf. Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine, T 03.02.03.01.04.01) et d'une capacité de travail de 100 %, le revenu d'invalidité annuel - indexé à 2021 - se monte à 53'813 fr. 70.

Partant, en ce qui concerne la sphère active, la comparaison d'un revenu d'invalidité de 53'813 fr. 70 à un revenu sans invalidité de 63'465 fr. 10 aboutit à un degré d'invalidité - arrondi - de 15 %.

8. S'agissant du degré d'invalidité dans l'accomplissement des travaux habituels, il ne peut être reproché à l'intimé de ne pas avoir jugé nécessaire de mettre en œuvre une évaluation économique sur le ménage

au domicile de la recourante, dès lors qu'un empêchement sur ce plan n'avait de toute manière pas d'effet sur le droit à la rente. Il faudrait en effet que l'assurée se trouve presque totalement entravée dans la réalisation de ses activités ménagères (soit dans une proportion d'au moins 96,5 %) pour prétendre à l'allocation d'une telle prestation. Or, eu égard à une aide exigible - même minime - de la part de l'époux (cf. sur ce point - entre autres arrêts - TF 9C_248/2022 du 25 avril 2022 consid. 5.3.1 et les références citées), d'une part, et au vu du rapport d'expertise du 30 juin 2023, lequel concluait que les atteintes à la santé n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité à accomplir les différents travaux habituels, d'autre part, la survenance d'un pareil cas de figure ne semble nullement vraisemblable.

9. Au regard de ce qui précède, il appert que le degré d'invalidité global de la recourante ne dépasse - en tout état de cause - pas le seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. *supra* consid. 3b), cela en fonction d'un taux d'invalidité - arrondi - de 11 % (15 % x 70 %) pour la part active et d'un taux d'empêchement vraisemblablement inférieur à 29 % (96,5 % x 30 %) pour la part relative aux travaux habituels. L'intimé était en conséquence légitimé à refuser l'octroi de cette prestation, faute d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 17 mars 2016.

10. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; TF 8C_826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

11. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 20 novembre 2023 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 novembre 2023 par l'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 C._____.
- 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :