

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2025

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Peter et Mme Hempel-Bruder, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mère de trois enfants majeurs, a travaillé à 100% comme aide à la conciergerie auprès de la Clinique DD. _____ SA, à S***, du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2021.

En 2012, une procédure de détection précoce a été initiée par l'assureur perte de gain, du fait que l'assurée ressentait des douleurs au genou gauche, à la suite d'une intervention (ménissectomie sous arthroscopie) subie cette année-là.

Le 27 février 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir de problèmes aux genoux, aux pieds, ainsi qu'à la colonne cervicale depuis le mois de juillet 2012. Avec sa demande était joint un rapport du 11 décembre 2018 d'une radiographie par rayons X (RX) des genoux effectuée le 10 décembre 2018, laquelle montrait un important pincement fémoro-tibial interne du genou gauche associé à un épanchement articulaire et d'importantes lésions dégénératives prédominant au niveau du compartiment médial et fémoro-patellaire sans pincement fémoro-patellaire associé, de même qu'une ostéophytose marginale sans pincement significatif au niveau du compartiment médial du genou droit.

L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% du 30 octobre 2018 au 3 février 2019 avec une reprise à 50% depuis le 4 février 2019 (cf. certificats médicaux des 29 octobre 2018, 9 novembre 2018, 27 février 2019 et 11 mars 2019).

Selon le formulaire de détermination du statut, complété le 24 mars 2019, l'assurée revendiquait une part active à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

D'après le questionnaire pour employeur complété par celui-ci le 26 mars 2019, l'assurée réalisait un revenu annuel de 58'500 fr., soit 4'500 fr. par mois, depuis 2017, treizième salaire inclus.

Une IRM du genou gauche de l'assurée réalisée le 5 mars 2018 montrait une arthrose tricompartmentale, majeure sur le compartiment fémoro-tibial interne où un œdème intra-osseux accompagnait un status après méniscectomie et chondrolyse, une ostéophytose sur le compartiment externe avec des cartilages un peu mieux préservés, une probable déchirure radiaire à la jonction corps-corne antérieure du ménisque externe, un petit volume et des irrégularités résiduelles du ménisque interne après résection, un petit kyste adjacent au bord latéral et postérieur du plateau tibial interne pouvant être d'origine méniscale, une chondropathie rotulienne de grade II, un aspect épaissi et augmenté du signal du ligament croisé antérieur, ainsi que l'absence d'ostéonécrose (cf. rapport radiologique du 6 mars 2018).

A la demande de l'OAI, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a, dans un rapport du 2 septembre 2019, posé les diagnostics de gonarthrose tricompartmentale varisante et de status post-entorse du genou. Il a fait état des incapacités de travail suivantes : 100% depuis le 21 mai 2019, date à laquelle l'assuré a été victime d'un accident (glissade sur du carrelage) sur son lieu de travail, puis 50% du 29 juin au 31 juillet 2019 et enfin 25% depuis le 1^{er} août 2019, à réévaluer. Il a mentionné une capacité de travail de 50% en l'état mais « quasi complète » dans une activité adaptée (sédentaire la plupart du temps en position assise, en évitant la position accroupie et la position à genoux, ainsi que la montée et descente d'escaliers, de même que le port de charges).

Dans un rapport d'expertise, établi le 20 janvier 2020 à la demande de l'assureur perte de gain, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de gonarthrose varisante bilatérale, quasi-terminale au genou gauche, modérée au genou droit, de *hallux rigidus* bilatéral, modéré, non inflammatoire, d'arthrose sacro-

iliaque, asymptomatique, d'arthrose inter-facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1, modérée, de rhizarthrose bilatérale, plus marquée à droite et de status après cure STC [syndrome du tunnel carpien] des deux côtés. Il a mentionné une capacité de travail réduite dans l'activité habituelle de femme de ménage et de 100% dans une activité adaptée, alternant la position assise et la position debout, évitant les positions en porte-à-faux du tronc, les positions accroupie et agenouillée, l'utilisation d'échelles, la montée et descente répétée d'escaliers, le maniement d'objets lourds, le travail en force et permettant de limiter les déplacements et le port de charges (maximum 7,5 kg). En annexe à ce rapport figurait le compte-rendu d'une radiographie des deux pieds, effectuée le 20 janvier 2020, qui montrait un hallux valgus bilatéral, ainsi qu'une arthropathie dégénérative métatarso-phalangienne des premiers rayons droits et gauches, plus marquée à droite, avec un pincement articulaire plus important ainsi que des remaniements ostéophytiques bordant les berges du compartiment articulaire, circonférentiels et une sclérose de l'os sous-chondral.

Le rapport précité a été jugé incomplet par le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, qui a relevé que le Dr G._____ ne tenait compte ni de l'aspect rhumatologique, à savoir des cervicalgies chroniques, voire des cervico-brachialgies non déficitaires, associées à des troubles dégénératifs du rachis cervical, ni des atteintes au niveau de l'épaule droite, pas plus que de la sphère psychiatrique (cf. rapport du 2 avril 2020).

Le 13 mai 2020, l'assurée a subi une méniscectomie sous arthroscopie du genou droit, de sorte qu'elle s'est retrouvée en incapacité de travail à 100% depuis lors (cf. certificat médical du 11 mai 2020).

Répondant à des questions de l'OAI, le Dr F._____ a précisé, dans un rapport du 22 juin 2020, qu'une reprise de l'activité était prévue à 50% pour le 26 juin 2020 et que la capacité de travail dans une activité adaptée, telle qu'un travail de bureau, sédentaire, pourrait être augmentée à 80, voire 100%. Il attestait notamment d'incapacités de travail de 25% du 1^{er} au 26 août 2019, de 50% entre le 27 août 2019 et le

12 mai 2020, de 100% dès le 13 mai 2020 puis à nouveau de 50% dès le 26 juin 2020, à réévaluer.

A la demande de l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, a, dans un rapport du 9 juillet 2020, posé les diagnostics de lombalgie sur spondylose, de discopathie dégénérative étagée et d'arthrose facettaire L4-L5 et lombosacrée, d'arthrose sacro-iliaque bilatérale, plus marquée du côté droit, de cervicalgie de caractère musculaire dysfonctionnel et de cervico-discarthrose modérée, de gonarthrose bi-compartmentale fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire et de status post-chirurgie (méniscectomie partielle médiale en 2012) au genou gauche, ainsi que de status post-chirurgie (méniscectomie interne) au genou droit avec gonalgies résiduelles. Le médecin précité retenait des limitations dans les positions en antéflexion/torsion du rachis, ainsi qu'en porte-à-faux du dos, dans les efforts pour porter, soulever et déplacer des charges moyennes à lourdes, dans les mouvements et les efforts sollicitant le rachis, la colonne cervicale et dorsolombaire en antéflexion et en charge, dans les déplacements répétés et dans la montée et la descente d'escaliers. Selon lui, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 4 heures 30 par jour au maximum et dans une activité adaptée (légère et sédentaire) entre 5 et 6 heures par jour. Il attestait d'une incapacité de travail de 50% du 4 février 2019 au 12 mai 2020, de 100% du 13 mai au 14 juin 2020 et de 50% dès le 15 juin 2020.

Dans un rapport du 28 juillet 2020, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis juillet 2017, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques depuis 2020 (F33.2) et de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F33.11) depuis juillet 2019 et, comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile et dépendante (F61). Il a mentionné une capacité de travail de 50% dans toute activité, en raison de fatigue, de troubles de la concentration et de ralentissement psychomoteur et attestait d'une incapacité de travail de 50% depuis juillet 2019.

Par lettre du 3 décembre 2020, l'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail pour le 31 mars 2021.

Le 18 janvier 2021, l'assurée a subi une nouvelle opération au genou gauche, consistant en la mise en place d'une prothèse totale.

Dans le cadre de la poursuite de l'instruction du dossier de l'assurée sur le plan médical, la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 9 octobre 2020, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), étant précisé que ce trouble était sévère depuis octobre 2020. Elle retenait en l'état une capacité de travail nulle dans toute activité et mentionnait, à titre de limitations fonctionnelles, une tristesse importante, de l'anhédonie, une fatigue invalidante, un ralentissement psychomoteur, une baisse de l'élan vital et de l'estime de soi, dans un contexte de douleurs physiques importantes et chroniques. Le pronostic au niveau de la capacité de travail restait réservé. Elle attestait d'une incapacité de travail à 100% depuis le 4 décembre 2020 jusqu'au jour du rapport du 21 octobre 2021. Le traitement prescrit à l'assurée consistait en la prise d'un antidépresseur (Escitalopram 10 mg, puis 20 mg depuis octobre 2021), avec un anxiolytique en réserve (Lorazépam ou Temesta 1 mg) (cf. rapports des 18 février, 24 juin et 21 octobre 2021).

Sur demande de l'OAI, le Dr F._____ a mentionné, dans un rapport du 10 juillet 2021, que l'évolution post-prothèse totale du genou gauche était lentement favorable, marquée par une diminution progressive des douleurs et une reprise de la mobilité. Il attestait d'une incapacité totale de travail de l'assurée du 1^{er} janvier au 1^{er} juin 2021, en précisant qu'une reprise d'activité adaptée aux limitations fonctionnelles pourrait être envisagée à 60%.

Le médecin précité a ensuite précisé, dans un rapport du 2 novembre 2021, que la situation au niveau du genou droit de la patiente

se détériorait et qu'une seconde prothèse devrait probablement être posée. La capacité de travail était en l'état nulle, mais pourrait être envisagée entre 50 et 90% à terme dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 25 novembre 2021, le Dr J._____, médecin traitant, a retenu les diagnostics d'état dépressif majeur, de gonarthrose bilatérale sur pose de prothèse totale du genou gauche, de rhizarthrose bilatérale à prédominance droite (cf. rapport d'IRM du 21 octobre 2021) et de rachialgies dégénératives étagées, d'arthrose sacro-iliaque bilatérale, plus marquée du côté droit. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans toute activité, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Par avis du 21 décembre 2021, le SMR a relevé que l'assurée présentait des douleurs articulaires multiples (genoux, rachis, mains et pieds) et que l'évolution un an après la pose d'une prothèse totale du genou gauche pour gonarthrose était lentement favorable. Une possible indication à la mise en place d'une prothèse totale au genou droit était toujours évoquée mais pas prévue en l'état. Sur le plan psychique, la situation était décrite comme stationnaire, depuis maintenant plus d'un an, de même que la prise en charge. Des facteurs socio-économiques étaient évoqués, lesquels sortaient du champ biomédical. Si l'activité habituelle (femme de ménage) ne semblait pas ou que partiellement exigible, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles méritait d'être éclaircie. Dans cette optique, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise avec volets rhumatologique et psychiatrique.

Le mandat d'expertise a été confié à CC.____ SA (ci-après : le CC.____) et, plus particulièrement, aux Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C._____, spécialiste en rhumatologie. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle du 22 juillet 2022, les experts ont retenu, sur le plan somatique, les diagnostics incapacitants de gonarthrose droite, de status post-prothèse totale du genou gauche en janvier 2021, de

rhizarthrose bilatérale, de tendinopathie de l'épaule droite, de lombalgies sur des lésions dégénératives, ainsi que de cervicalgies sur des lésions dégénératives, et les diagnostics non-incapacitants de hallux valgus bilatéral, de fibromyalgie, de status post chirurgical du canal carpien bilatéral, d'obésité, d'hypertension artérielle, de cupulo-lithiase, d'hypovitaminose D3, de status post-prothèse totale du genou gauche en 2020, de status post-exérèse d'un kyste ovarien et de status post-appendicectomie en 1980. Sur le plan psychiatrique, un diagnostic non-incapacitant de dysthymie (F34.1) a été retenu. Les limitations fonctionnelles découlant des atteintes subies par l'assurée étaient les suivantes : pas d'accroupissement, ni d'agenouillement, éviter les montées et les descentes (escaliers, escabeau, échelle), pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de marche prolongée, éviter une élévation du bras droit au-dessus des épaules, les mouvements itératifs de préhension et de serrage des mains, ainsi que les positions en porte-à-faux du tronc. Les experts ont précisé que l'assurée était à même d'exercer une activité en position assise avec une place de travail ergonomique. Sur les plans de la médecine interne et psychiatrique, ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles. Ils ont évalué la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle comme entière jusqu'en octobre 2018, puis de 50%, en raison de la gonarthrose tri-compartimentale bilatérale, depuis lors, hormis les périodes suivantes où la capacité de travail était nulle : du 30 octobre au 3 décembre 2018 en raisons de gonalgies aiguës, du 21 mai au 28 juin 2019, en raison d'une entorse du genou gauche, du 13 mai au 25 juin 2020, en raison de l'intervention au genou gauche et à partir du 18 janvier 2021, en raison de la pose de la prothèse totale du genou gauche. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, la capacité de travail était de 100%, hormis durant les périodes précitées, ainsi que du 18 janvier au 1^{er} juin 2021, où la capacité de travail était nulle.

Dans un avis du 6 septembre 2022, le SMR a estimé que les conclusions de l'expertise étaient complètes et convaincantes, si bien qu'elles pouvaient être entièrement suivies. Il a ainsi retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité

adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par les experts, tout en précisant l'évolution de la capacité de travail, telle que mentionnée par ceux-ci.

Par projet de décision du 9 septembre 2022, l'OAI a signifié à l'assurée qu'il entendait lui accorder une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit une demi-rente du 1^{er} octobre 2019 au 31 août 2020, une rente entière du 1^{er} au 30 septembre 2020 et à nouveau une demi-rente du 1^{er} octobre 2020 au 30 septembre 2021.

Par communication du 9 septembre 2022, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'une aide au placement étaient remplies.

Le 23 septembre 2022, les certificats médicaux de la Dre H._____, qui attestait d'une incapacité totale de travail du 4 décembre 2020 au 20 octobre 2022, ont été transmis à l'OAI. Quant aux certificats du Dr F._____, ils faisaient état d'une incapacité de travail de 50% du 27 juin au 31 décembre 2020 et de 100% du 1^{er} janvier au 31 mai 2021.

Le 7 octobre 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Didier Elsig, a fait part de ses objections au projet du 9 septembre 2022. Celles-ci ont été complétées le 9 décembre 2022.

Par courrier du 15 décembre 2022, l'assurée a fait parvenir un rapport d'IRM cervicale du 3 novembre 2022, lequel faisait état de discopathies pluriétagées à partir du niveau C3-C4 jusqu'au niveau C7-D1 et de protrusions disco-ostéophytaires en C5-C6 et C6-C7.

Dans un rapport du 9 mars 2023, le Dr J._____ a fait état de cervico-occipitalgies et de scapulalgies bilatérales, prédominant du côté droit, avec paresthésies récurrentes sur le versant palmaire du membre supérieur droit, vers la région du pouce droit. Il a également mentionné que l'assurée ressentait des douleurs occipito-cervicales gauche irradiant vers la zone supra-orbitaire gauche, associées à des scotomes visuels (jaunes et noirs), une importante fatigue, ainsi qu'une phonophobie.

Par avis du 2 mai 2023, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas matière à modifier ses conclusions à la suite de l'IRM effectuée le 3 novembre 2022, dès lors que les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis avaient été prises en compte dans son précédent avis du 6 septembre 2022. En outre, les éléments mentionnés dans le rapport du 9 mars 2023 du Dr J._____ n'étaient pas nouveaux. En particulier, aucun avis neurologique n'avait été sollicité et une indication opératoire n'était pas non plus d'actualité. De plus, l'examen clinique n'avait pas révélé de signes d'atteinte du système nerveux central correspondant à une sémiologie médicale connue et l'angio-IRM cérébrale avait permis d'exclure une pathologie intracrânienne.

Dans une prise de position du 1^{er} juin 2023, l'OAI a confirmé les conclusions médicales de son projet du 9 septembre 2022. En revanche, il a établi un nouveau calcul du préjudice économique, lequel se montait désormais à 19,10% (au lieu de 8,74%).

Un rapport du 12 juin 2023 du Dr D._____, spécialiste en pneumologie, a été adressé à l'OAI. Ce médecin faisait état d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré sévère, avec possible composante dépressive avec clinophilie, précisant que la symptomatologie présentée par l'assurée était plutôt évocatrice de cette composante.

Par décision du 17 août 2023, confirmant le projet du 9 septembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 août 2020, une rente entière du 1^{er} au 30 septembre 2020 et une demi-rente du 1^{er} octobre 2020 au 30 septembre 2021.

Au terme d'un avis du 30 août 2023, le SMR a conclu qu'il n'y avait pas lieu de reconsidérer ses conclusions à la suite du rapport du 12 juin 2023 du Dr D._____, dès lors que l'expert de médecine interne avait déjà conseillé d'investiguer un éventuel SAOS, en raison d'une anamnèse de ronchopathie, mais n'avait retenu aucune limitation fonctionnelle

objective et que la composante dépressive évoquée par le médecin précité était compatible avec la dysthymie rapportée par l'expert psychiatre.

Par courrier du 11 septembre 2023, l'OAI s'est référé au projet de décision du 9 septembre 2022 et à la décision du 17 août 2023 et l'a prié de les considérer comme nuls et nonavenus. Il précisait qu'un nouveau projet de décision allait lui parvenir prochainement.

Le 12 septembre 2023, l'assurée a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 17 août 2023.

Par projet de décision du 14 septembre 2023, annulant et remplaçant celui du 9 septembre 2022, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2019 au 31 août 2020, une rente entière du 1^{er} au 30 septembre 2020, une demi-rente du 1^{er} octobre 2020 au 30 avril 2021 et enfin une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2021.

Le service juridique de l'OAI a fait remarquer, dans un avis du 12 octobre 2023, que l'« aggravation » survenue le 13 mai 2020 n'avait pas duré trois mois, de sorte qu'il y avait lieu d'octroyer une demi-rente du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2021 sans interruption, puis une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2021.

Par courrier du 14 septembre 2023, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 14 septembre 2023.

Par courrier du 30 octobre 2023, l'assurée a transmis un rapport du 20 septembre 2023 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé les diagnostics de fasciite plantaire, de conflit fémoro-patellaire, de périarthrite de hanche, de lombalgies chroniques, de tendinopathie du sus-épineux, de hallux rigidus à droite et de hallux valgus à gauche, d'épicondylite bilatérale et d'épitrochléite bilatérale.

Dans un compte-rendu du 14 novembre 2023, le SMR a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée sur les plans ostéoarticulaire et psychiatrique, lesquels avaient été évalués par les experts, précisant que ceux-ci avaient déjà tenu compte de limitations articulaires d'épargne.

Dans un rapport final du 13 décembre 2023, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a mentionné que le dossier de la recourante avait été transmis au service de réadaptation pour la mise en place d'un soutien au retour à l'emploi avant l'aide au placement, compte tenu de l'octroi d'une rente limitée dans le temps et de l'âge de l'assurée. Après un entretien avec l'assurée, ce service avait conclu que, vu l'attitude de l'assurée et sa conviction profonde qu'elle ne pouvait plus exercer une quelconque activité professionnelle ainsi que son comportement très démonstratif, il était inutile de lui proposer une mesure visant à la soutenir dans une démarche de retour vers l'emploi et qu'une aide au placement était également superflue dans ce contexte. La spécialiste en réinsertion professionnelle a précisé que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, dans le contrôle ou dans la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrière dans le conditionnement léger ou encore comme aide-administrative (réception, scannage et autres).

Par projet de décision du 15 janvier 2024, annulant et remplaçant le projet du 14 septembre 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2021, puis une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2021. Pour calculer le préjudice économique de l'assurée, l'OAI s'est fondé sur le revenu auquel celle-ci aurait pu prétendre en 2021 si elle avait continué d'exercer son activité habituelle, soit 59'391 fr. selon les indications de son dernier employeur, et le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples dans le secteur

privé selon l'ESS, soit 48'047 fr. 20 après prise en compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de son âge. La comparaison de ces deux revenus aboutissait à un préjudice économique de 19,10%, lequel n'ouvrait pas de droit à une rente, ni à des mesures de reclassement.

Le 20 février 2024, l'assurée a fait part de ses objections au projet précité. Elle a pour l'essentiel critiqué l'expertise du CC._____, en particulier s'agissant de la capacité de travail retenue, reproché à l'OAI la manière dont l'instruction avait été menée, soutenu que le taux d'abattement sur le revenu d'invalidé devait être supérieur à celui qui avait été retenu et qu'il n'était pas justifié d'avoir mis un terme à l'octroi de la rente au 30 septembre 2021, alors que des mesures professionnelles n'avaient été accordées que le 12 décembre 2023.

Par arrêt du 15 mars 2024, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rayé la cause du rôle, dans la mesure où elle était devenue sans objet à la suite du courrier du 11 septembre 2023 de l'OAI, déclarant la décision du 17 août 2023, objet du recours, comme nulle et non avenue. Elle a également renvoyé le dossier à l'OAI pour qu'il traite les griefs soulevés par l'assurée dans le cadre de son recours et de ses objections du 20 février 2024.

Dans un courrier du 17 juin 2024, l'OAI a répondu aux objections de l'assurée. Il a en substance relevé que le rapport d'expertise du CC._____ satisfaisait aux exigences de la jurisprudence fédérale en matière de valeur probante des rapports médicaux, tant sur le plan rhumatologique que psychiatrique et que le taux d'abattement de 10% retenu tenait compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de l'assurée, sans qu'aucun autre élément (notamment une mauvaise maîtrise de la langue française) ne justifiât un abattement supplémentaire. Enfin, en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, il n'y avait pas lieu de poursuivre le versement de la rente au-delà du 30 septembre 2021.

Par décision du 22 août 2024, confirmant le projet du 15 janvier 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité à 50% du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2021, puis une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai 2021 au 30 septembre 2021. A partir du 2 juin 2021, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée était exigible. A titre de revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le montant indiqué par le dernier employeur de l'assurée (59'391 fr.). Pour le revenu avec invalidité, il s'est référé à l'ESS et a tenu compte d'un abattement de 10% sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles et de son âge. Le revenu se montait ainsi à 48'047 fr. 20. En comparant les deux revenus, le préjudice économique s'élevait à 19,10%, de sorte qu'aucun droit à des prestations (rente et mesures de reclassement) n'était ouvert à partir du 1^{er} octobre 2021.

B. Par acte du 23 septembre 2024, B._____, toujours assistée de Me Elsig, a recouru, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi, en sa faveur, d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} octobre 2019 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et mise en place d'une nouvelle expertise médicale. Elle a critiqué sur plusieurs points le rapport d'expertise établi par le CC._____, fait valoir que l'instruction menée par l'intimé était insuffisante et, partant, lacunaire, que celui-ci ne s'était pas conformé à la jurisprudence applicable aux assurés de plus de 55 ans et qu'un taux d'abattement de 25% devait être retenu sur le revenu d'invalidité, compte tenu de différents critères.

Dans sa réponse du 12 novembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et s'est référé au courrier du 17 juin 2024, par lequel elle avait répondu aux arguments déjà amenés en procédure d'audition.

Par courrier du 9 octobre 2025, la fille de la recourante a fourni de nouvelles pièces, à savoir :

- un rapport d'IRM du 6 mai 2025 de la colonne cervicale, faisant état de discopathies multiétagées à prédominance C4-C5, C5-C6 et C6-C7 ;
- un rapport d'IRM du 5 août 2025 de la colonne lombaire, montrant un rehaussement congestif au niveau L3-L4 de l'anneau fibreux du disque et une congestion modérée sur les massifs articulaires postérieurs, ainsi qu'une protrusion herniaire gauche au niveau L5-S1 avec contact radiculaire L5 gauche et hypertrophie congestive sur les massifs articulaires postérieurs ;
- un formulaire complété le 5 mai 2025, en vue d'une intervention chirurgicale du tunnel carpien du poignet gauche programmée le 16 juin 2025 ;
- un courrier du 18 décembre 2024 du Dr J._____ qui conteste sur plusieurs points l'appréciation des experts du CC._____ et estime que ceux-ci ont sous-estimé les limitations fonctionnelles de la recourante, accompagné de tests psychologiques (anxiété et trouble de stress post-traumatique) effectués par la recourante ;
- un document décrivant les activités de la vie quotidienne de la recourante, établi par la fille de celle-ci.

Ces nouvelles pièces ont été transmises à 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2021, ainsi que sur l'étendue de ce droit en ce qui concerne la période antérieure du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2021, étant précisé que celle-ci a été mise au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} mai au 30 septembre 2021.

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

b) En l'occurrence, la décision litigieuse, rendue le 22 août 2024, fait suite à la demande de prestations déposée le 27 février 2019. La naissance du droit à la rente remonte à octobre 2019, si bien qu'il y a lieu d'appliquer le droit en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022.

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. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

5. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et les références citées ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et les références citées).

b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et les références citées ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

6. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPG, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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 incombe 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 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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).

d) 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 assécurologique. 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 ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

e) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

7. a) En l'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du CC. _____ du 22 juillet 2022, a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle jusqu'en octobre 2018, puis de 50% depuis lors avec des périodes où celle-ci était nulle : du 30 octobre au 3 décembre 2018 en raisons de gonalgies aiguës, du 21 mai au 28 juin 2019, en raison d'une entorse du genou gauche, du 13 mai au 25 juin 2020, en raison de l'intervention au genou gauche et à partir du 18 janvier 2021, en raison de

la pose de la prothèse totale du genou gauche. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière, hormis durant les périodes précitées, ainsi que du 18 janvier au 1^{er} juin 2021, où la capacité de travail était nulle.

La recourante, pour sa part, remet en cause le bien-fondé de cette appréciation, plus particulièrement la valeur probante de l'expertise sur différents points.

b) A titre liminaire, il convient de retenir que, sur le plan formel, le rapport d'expertise du CC. _____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'un examen circonstancié par les experts spécialistes, l'expertise a été établie en pleine connaissance des éléments médicaux au dossier (anamnèse) et se fonde sur des examens cliniques menés par chaque expert dans son domaine (consultations et examens de laboratoire notamment). Elle prend par ailleurs en compte les plaintes de l'expertisée. En outre, tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Enfin, les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les trois experts et sont bien motivées.

c) Sur le fond, la recourante n'a pas remis en cause l'appréciation de l'expert en médecine interne qui n'a retenu aucun diagnostic incapacitant et a conclu à une capacité de travail de 100% depuis toujours, quelle que soit l'activité. Ce volet, bien étayé, peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Au demeurant, le rapport du Dr D. _____ du 12 juin 2023, dans lequel ce médecin a retenu un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré sévère, avec possible composante dépressive avec clinophilie, ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expert de médecine interne. Celui-ci avait du reste conseillé d'investiguer à ce sujet en raison d'une anamnèse de ronchopathie, mais n'avait retenu

aucune limitation fonctionnelle objective. Le Dr D. _____ semble en outre plutôt attribuer la symptomatologie de la recourante à une composante psychique, compatible avec le diagnostic de dysthymie retenu par l'expert psychiatre, et n'envisage pas d'appareillage pour remédier à cette problématique.

d) Pour ce qui est du volet rhumatologique, la recourante n'a émis aucun grief en tant que tel à l'encontre de ce volet, mais a rapporté des contradictions avec le volet psychiatrique qui seront examinées dans ce cadre (cf. consid. e/aa *infra*).

En l'occurrence, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics incapacitants de gonarthrose droite, de status post-prothèse totale du genou gauche, de rhizarthrose bilatérale, de tendinopathie de l'épaule droite, de lombalgies sur des lésions dégénératives, ainsi que de cervicalgies sur des lésions dégénératives, et comme diagnostics non incapacitants un hallux valgus bilatéral, une fibromyalgie, un status post-chirurgical du canal carpien bilatéral, ainsi qu'une obésité. Il a mentionné une capacité de travail dans l'activité habituelle de 100% jusqu'en octobre 2018, puis de 0% du 30 octobre 2018 au 3 décembre 2018, de 50% du 4 décembre 2018 au 20 mai 2019, de 0% du 21 mai 2019 au 26 juin 2019, de 50% du 27 juin 2019 au 12 mai 2020, de 0% du 13 mai 2020 au 25 juin 2020, de 50% du 26 juin 2020 au 17 janvier 2021 et enfin de 0% dès le 18 janvier 2021. La capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était de 0% du 18 janvier au 1^{er} juin 2021 et de 100% dès le 2 juin 2021. A titre de limitations fonctionnelles, l'expert rhumatologue a retenu les positions accroupie et agenouillée, la montée et la descente d'escaliers, sur un escabeau ou sur une échelle, le port de charges de plus de 10 kg, la marche prolongée, l'élévation du bras droit au-dessus des épaules, les mouvements itératifs de préhension, le serrage des mains, ainsi que les positions en porte-à-faux du tronc.

Son appréciation est motivée et convaincante. Elle n'est du reste pas mise en doute par les éléments médicaux au dossier.

En effet, on relèvera à cet égard que le rapport d'IRM du 3 novembre 2022, qui a montré des discopathies pluriétagées et des protrusions ostéophytaires au niveau cervical, n'a pas apporté d'éléments nouveaux. Ces atteintes étaient en effet connues de l'expert rhumatologue qui a retenu des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, précisément pour en tenir compte.

Le rapport du 9 mars 2023 du Dr J. _____ ne permet pas non plus d'invalider les conclusions de l'expert rhumatologue. Le médecin précité a fait état de cervico-occipitalgies et de scapulalgies bilatérales, prédominant du côté droit, avec paresthésies récurrentes sur le versant palmaire du membre supérieur droit, vers la région du pouce droit. Ces atteintes ont été prises en compte par l'expert rhumatologue. Quant aux douleurs occipito-cervicales gauche irradiant vers la zone supra-orbitaire gauche, associées à des scotomes visuels (jaunes et noirs), une importante fatigue, ainsi qu'une phonophobie, il faut constater, comme l'a relevé le SMR dans son avis du 2 mai 2023, qu'aucun avis neurologique n'a été sollicité et qu'une indication opératoire n'était pas non plus d'actualité. De plus, l'examen clinique n'avait pas révélé de signes d'atteinte du système nerveux central correspondant à une sémiologie médicale connue et l'angio-IRM cérébrale avait permis d'exclure une pathologie intracrânienne.

Enfin, il en va de même du rapport du Dr A. _____ du 20 septembre 2023. Ce spécialiste a, en effet, retenu les diagnostics de fasciite plantaire, de conflit fémoro-patellaire, de périarthrite de hanche, de lombalgies chroniques, de tendinopathie du sus-épineux, de hallux rigidus à droite et de hallux valgus à gauche, d'épicondylite bilatérale et d'épitrachéite bilatérale. Or, comme l'a relevé le SMR dans un compte-rendu du 14 novembre 2023, l'expert rhumatologue a tenu compte des limitations articulaires d'épargne engendrées par ces atteintes.

Quant aux rapports d'IRM des 6 mai 2025 (colonne cervicale) et 5 août 2025 (colonne lombaire), ils ne font pas état de nouvelles atteintes qui auraient été ignorées de l'expert rhumatologue. Ce dernier

en a ainsi tenu compte dans les limitations fonctionnelles retenues. Il en va de même s'agissant de l'atteinte (récidive) au tunnel carpien du poignet gauche, mentionnée dans le document complété le 5 mai 2025, laquelle devait faire l'objet d'une intervention le 16 juin 2025 qui n'a, aux dires de la fille de la recourante, pas eu lieu.

En conséquence, le rapport de l'expert en rhumatologie peut également se voir reconnaître une pleine valeur probante.

e) Concernant le volet psychiatrique, la recourante a émis plusieurs critiques qu'il convient d'examiner.

aa) Elle soutient tout d'abord que ce volet entrerait en contradiction avec le volet rhumatologique, dans la mesure où l'expert psychiatre aurait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux alors que l'expert rhumatologue a retenu celui de fibromyalgie.

Outre que l'expert rhumatologue a considéré le diagnostic de fibromyalgie comme non incapacitant, l'expert psychiatre a expliqué pour quelles raisons il écartait celui de trouble somatoforme douloureux. En effet, il a mentionné que la recourante ne décrivait pas de douleur intense et persistante qui serait la plainte essentielle mais qu'elle mettait en avant une baisse de son moral. Elle n'exprimait pas de sentiment de détresse quand elle évoquait ses douleurs et il n'était pas non plus retrouvé de conflit émotionnel ou de problème psycho-sociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. L'expert psychiatre a relevé que la recourante disposait de ressources internes et externes non négligeables, si bien que les critères jurisprudentiels de gravité n'étaient pas réunis pour retenir un syndrome douloureux chronique incapacitant. Dès lors, contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas en quoi les volets psychiatrique et rhumatologique seraient contradictoires.

bb) La recourante soutient, en se fondant sur l'enregistrement sonore de l'examen mené par l'expert psychiatre, que celui-ci a effectué

de nombreuses appréciations personnelles, allant même jusqu'à passer à la question suivante sans avoir obtenu une réponse de sa part. Elle conteste en particulier les remarques de l'expert concernant sa capacité à suivre « avec intérêt des émissions culturelles de haute facture » ainsi que l'absence d'idées noires.

On observera tout d'abord que si la recourante cite l'enregistrement sonore, les deux exemples concrets qu'elle mentionne, qui, selon elle, montreraient des appréciations personnelles de l'expert psychiatre, ressortent du rapport d'expertise. Dans le déroulement de la journée type de la recourante, l'expert a indiqué que celle-ci regardait la télévision mais qu'elle s'intéressait peu aux programmes, précisant qu'elle visionnait quand même parfois des émissions culturelles comme « Questions pour un champion ». Au chapitre des ressources mobilisables, il a mentionné notamment que la recourante s'intéressait à des émissions culturelles de « bonne facture » et qu'elle avait conduit sa voiture pour se rendre à l'expertise. Si la recourante estime que les éléments mentionnés sont inexacts, on relèvera qu'ils ne sont à eux seuls pas déterminants. L'expert psychiatre a mentionné d'autres ressources, telles qu'un bon niveau d'instruction, une certaine stabilité, une bonne capacité d'adaptation, une bonne capacité relationnelle, un intérêt à lire, et, au niveau des ressources externes, le soutien de ses enfants, l'aide de son mari, le soutien des autres membres de la famille avec qui elle est en contact régulier, ainsi que celui de son réseau de soins. Ainsi, pour constater que le critère de gravité n'était pas retrouvé, l'expert psychiatre s'est fondé sur les ressources de la recourante dans leur ensemble et a analysé la situation dans sa globalité sans s'arrêter à chaque élément séparément.

Ensuite, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert psychiatre a mentionné que celle-ci avait rapporté avoir eu des idées noires au décès de sa mère et trois à quatre fois auparavant, toutefois sans scénario. Il en a ainsi tenu compte mais a estimé, lors de l'examen clinique, que cet élément était absent et que les autres critères (notamment un état de détresse associé à une agitation ou à un

ralentissement marqué) pour retenir un épisode dépressif sévère n'étaient pas réunis (cf. consid. 7cc *infra*).

Enfin, s'agissant des pertes de mémoire rapportées par la recourante, l'expert psychiatre les a mentionnées mais a souligné que celle-ci se souvenait de l'âge de tous ses frères et sœurs, des années de décès de ses parents, de l'âge de ses enfants et qu'elle rapportait une histoire chronologique et structurée. L'expertisée se rappelait également la date de son opération, celle de son licenciement et de ses différents suivis. Partant, l'expert psychiatre n'a pas décelé de trouble de la mémoire significatif cliniquement observable mais une certaine incohérence à ce sujet quand la recourante mentionnait oublier « beaucoup de choses ».

Compte tenu de ce qui précède, les différents griefs soulevés par la recourante doivent être écartés.

cc) On observera pour le surplus que l'expert psychiatre a – conformément aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques et psychiques (cf. consid. 6e *supra*) – posé le diagnostic de dysthymie dans les règles de l'art. En effet, la recourante rapportait des troubles chroniques de l'humeur variant d'un jour à l'autre et en fonction des circonstances. Elle ne présentait pas de trouble cognitif, ni de trouble de la mémoire, dont elle se plaignait pourtant, ni de ralentissement psychomoteur, pas plus que d'idées suicidaires. Elle indiquait des crises de larmes et des crises d'angoisse quelques fois dans la semaine et adaptait son humeur en fonction du contenu de son discours et des sujets abordés. Elle parvenait à effectuer un certain nombre de tâches de la vie quotidienne et ne présentait pas d'anhédonie complète. Elle n'avait en outre jamais été hospitalisée. L'expert psychiatre en a ainsi déduit que la recourante présentait une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité et la durée des différents épisodes était trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, précisant qu'elle pouvait présenter des périodes individuelles de dépression légère et des périodes intermédiaires d'humeur relativement normale. Les troubles de l'humeur

décrits par la recourante correspondaient en définitive à un trouble dysthymique non incapacitant. Dans son analyse, l'expert a expliqué de manière convaincante pour quels motifs il ne retenait précisément pas le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par la Dre H. _____. A cet égard, il a relevé que ce diagnostic, lequel supposait des périodes où le sujet ne présentait aucun symptôme dépressif pendant plusieurs mois, ne correspondait pas à la description faite par les psychiatres traitants, qui mentionnaient des troubles dépressifs évoluant de manière continue depuis 2019 jusqu'au jour du rapport d'expertise (juillet 2022), avec des niveaux de sévérité différents (moyens à sévères), mais sans notion de récupération *ad integrum* entre les périodes. L'absence de plusieurs épisodes dépressifs caractérisés, séparés par des périodes significatives d'euthymie ne permettait ainsi pas de partager le diagnostic retenu par la psychiatre traitante. Par ailleurs, l'assurée rapportait des moments dépressifs dans la semaine et des courts moments d'angoisse qu'elle parvenait à gérer elle-même. L'expert psychiatre ne retrouvait pas, chez l'expertisée, d'état de détresse associé à une agitation ou un ralentissement psychomoteur, ni d'idées suicidaires manifestes présents lors d'un épisode dépressif sévère. Celle-ci rapportait des troubles dépressifs réactionnels à son licenciement. En outre, elle était capable d'effectuer un certain nombre de tâches élémentaires de la vie quotidienne avec l'aide de ses enfants et de son mari et disposait de suffisamment de ressources internes et externes. Le fait que l'assurée avait pu changer de psychiatre en octobre 2020 montrait, de surcroît, une capacité d'adaptation et de décision incompatible avec un diagnostic d'épisode dépressif sévère. Enfin, l'absence de changement de molécule dans le traitement antidépresseur et la prescription d'un anxiolytique à faible dose en réserve sans aucune association de traitement inducteur de sommeil étaient incohérents avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Le maintien du même traitement antidépresseur reflétait plutôt une stabilité des troubles et l'absence de recherche d'un gain thérapeutique supplémentaire. Cette stratégie thérapeutique correspondait au diagnostic de dysthymie retenu par l'expert psychiatre. Aucun signe clinique en faveur d'un trouble de la personnalité n'a été constaté par l'expert psychiatre qui a relevé que l'assurée était en couple, stable, depuis des

dizaines d'années, qu'elle avait élevé trois enfants de manière adéquate, avait géré toute seule le foyer, s'était occupée de son mari et de ses enfants, de son foyer et qu'elle avait travaillé après l'accident de son mari, en ayant un poste stable pendant de nombreuses années et qu'elle gardait des contacts réguliers et de bonne qualité avec toute sa famille.

En définitive, il convient de constater que l'expert psychiatre a motivé le diagnostic non incapacitant qu'il a retenu et a procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281, que ce soit au niveau de la gravité de l'atteinte, de la résistance au traitement, de la personnalité de la recourante, du contexte social et de la cohérence. Son rapport peut se voir ainsi reconnaître une pleine valeur probante.

A cet égard, les critiques, sur le plan psychiatrique, formulées le 18 décembre 2024 par le Dr J._____, médecin-traitant, ne permettent pas de remettre valablement en cause l'appréciation de l'expert psychiatre. En effet, outre que ce médecin n'est pas spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, son appréciation doit être considérée avec retenue, compte tenu de la relation thérapeutique qu'il entretient avec la recourante.

f) S'agissant de l'évaluation consensuelle, la recourante reproche aux experts de ne pas avoir retranscrit correctement les incapacités de travail attestées médicalement. Or, dans la mesure où les experts ont précisément pour tâche de déterminer la capacité de travail de la personne expertisée et que cette capacité ne correspond pas nécessairement aux incapacités de travail attestées médicalement, il n'y a pas lieu d'accorder une trop grande importance aux indications mentionnées sous le chapitre I.1c.1 de la partie consensuelle. On relèvera au surplus que les périodes rapportées sous ce chiffre concernent le délai de carence d'une année et que l'intimé a admis que la recourante avait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% durant ce laps de temps. Partant, le fait que ces périodes ne correspondent pas, pour certaines, aux incapacités de travail attestées par les médecins qui suivent la recourante n'est, en l'occurrence, pas déterminant.

g) On soulignera encore que, contrairement à ce que soutient la recourante lorsqu'elle s'interroge sur l'indépendance du CC._____, les experts de ce centre, mandatés en l'espèce, sont bel et bien indépendants de l'OAI. On ne distingue dès lors pas - et la recourante ne l'expose d'ailleurs pas - en quoi ils ne seraient pas neutres.

h) Enfin, la recourante soutient qu'en raison des difficultés de compréhension avec les experts, un interprète de sa langue maternelle aurait dû être mandaté. On relèvera à cet égard que la recourante a été expressément invitée, dans le cadre de l'expertise, à répondre à la question de savoir si elle avait besoin des services d'un interprète et qu'elle y a répondu par la négative. En outre, l'expert de médecine interne a mentionné que la recourante comprenait et répondait correctement aux questions posées. L'expert psychiatre a, pour sa part, indiqué que celle-ci avait une bonne maîtrise de la langue française. Quant à l'expert rhumatologue, il a précisé que toutes les réponses aux questions avaient pu être obtenues malgré le fait qu'il avait dû en répéter ou en reformuler certaines et que cela n'avait pas gêné le déroulement de l'expertise.

L'argument soulevé par la recourante n'est ainsi pas pertinent.

i) Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise établi le 22 juillet 2022 par le CC._____, dont la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter. Partant, il sied de suivre les conclusions des experts et de retenir que la recourante a présenté une capacité de travail entière dans son activité habituelle jusqu'en octobre 2018, puis de 50% depuis lors avec des périodes où cette capacité a été nulle : du 30 octobre au 3 décembre 2018 en raisons de gonalgies aiguës, du 21 mai au 28 juin 2019, en raison d'une entorse du genou gauche, du 13 mai au 25 juin 2020, en raison de l'intervention au genou gauche et à partir du 18 janvier 2021, en raison de la pose de la prothèse totale du genou gauche. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, hormis

durant les périodes précitées, ainsi que du 18 janvier au 1^{er} juin 2021, où la capacité de travail était nulle.

8. La recourante soutient que l'intimé ne s'est pas conformé à la jurisprudence (TF 9C_2011/2021 du 5 novembre 2021), selon laquelle l'examen de la nécessité de mesures d'ordre professionnel doit être effectué, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique, en fonction des circonstances concrètes.

a) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit de cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de cinquante-cinq ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que le droit à la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de

suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

b) En l'occurrence, que l'on se place au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente (22 août 2024) ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (1^{er} octobre 2021), la recourante, née en ***, était âgée de plus de 55 ans, si bien que la jurisprudence susmentionnée lui est applicable. Or, il ressort du rapport final du 13 décembre 2023 du service de réadaptation de l'OAI que la mise en place d'un soutien au retour à l'emploi (tel que AA._____, orientation et stage) a été proposé à celle-ci lors d'un entretien. En particulier, une proposition concrète de stage d'orientation auprès du Centre BN._____, à U***, pour déterminer un secteur professionnel pouvant lui convenir, lui a été faite. La recourante a estimé ne pas pouvoir suivre cette mesure, précisant, entre autres, qu'elle ne pouvait pas marcher. Selon le compte-rendu de l'entretien, la recourante s'est insurgée qu'on exige d'elle qu'elle exerce une activité dans son état après avoir autant travaillé. Compte tenu de l'attitude de la recourante et de sa conviction « profonde » qu'elle ne pouvait plus exercer une quelconque activité, ainsi que de son comportement très démonstratif, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI est parvenu à la conclusion qu'il était inutile de lui proposer une mesure visant à la soutenir dans une démarche de retour vers l'emploi et qu'une aide au placement était également superflue dans ce contexte. Il a précisé, dans un courrier du 17 juin 2024 adressée à l'assurée, qu'en l'absence d'aptitude subjective à la réadaptation, il n'y avait pas lieu de poursuivre le versement de la rente en sa faveur au-delà du 30 septembre 2021.

Partant, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'intimé a analysé sa situation en tenant compte de la jurisprudence fédérale précitée. Le grief doit ainsi être écarté.

9. La recourante a été en incapacité totale de travail dans son activité habituelle du 30 octobre 2018 au 3 février 2019, avant de présenter une capacité de travail – fluctuante – dans cette activité entre le

4 février 2019 et le 17 janvier 2021. Il convient donc encore d'évaluer son degré d'invalidité, dans le but de déterminer si elle peut prétendre à l'octroi d'une rente. Ainsi, à l'issue du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 4b *supra*), soit en octobre 2019, l'incapacité de travail s'élevait à 50%. Cette incapacité a perduré jusqu'au 17 janvier 2021, étant précisé que l'incapacité totale de travail du 13 mai au 25 juin 2020 n'a pas à être prise en compte dès lors qu'elle a duré moins de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI). Durant cette période, le taux d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail telle qu'elle a été retenue (application de la méthode en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 ; voir aussi TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références). Partant, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé en faveur de la recourante une rente d'invalidité à 50% du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2021, soit trois mois après l'incapacité totale de travail dès le 18 janvier 2021, conformément à l'art 88a al. 2 RAI. Depuis le 18 janvier 2021, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle est nulle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est nulle du 18 janvier au 1^{er} juin 2021 mais de 100% dès le 2 juin 2021.

10. Compte tenu d'une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité adaptée dès le 2 juin 2021, l'intimé a procédé au calcul de son degré d'invalidité. A cet égard, la recourante ne conteste pas les revenus sans et avec invalidité retenus par l'intimé mais uniquement le taux d'abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, qu'elle estime trop faible.

a) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, le taux d'abattement de 10% retenu par l'intimé tient compte des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Les autres facteurs, tels que la langue ou l'absence d'expérience professionnelle dans un domaine autre que celui d'aide de ménage qui n'est plus adapté à son état de santé, n'ont pas à être pris en compte. Il n'y a ainsi pas de motif de s'écarter de ce taux.

Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 59'391 fr. et d'un revenu avec invalidité de 48'047 fr. 20, la perte économique se monte à 19,10 %, n'ouvrant pas le droit à une rente au-delà du 30 septembre 2021.

Partant, l'intimé était également fondé à octroyer à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2021 au 30 septembre 2021, soit trois mois après la reconnaissance d'une capacité totale de travail dans une activité adaptée (art. 88a al. 1 RAI).

11. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée de la pertinence des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). La conclusion de la recourante prise en ce sens, à titre subsidiaire, doit ainsi être rejetée.

12. **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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 LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 août 2024 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 B._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :