

4067

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 décembre 2025

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Alex Matos, avocat à Fribourg,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ;
88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. **a)** C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, mariée et mère de deux enfants (nés en 2004 et 2006), au bénéfice d'un diplôme d'études commerciales et d'une attestation d'assistante postale, travaillait depuis le 14 février 1998 à 100 % en qualité d'employée de commerce et gestionnaire pour le compte de B._____ à T***. Elle a réduit son taux d'activité à 40 % à la naissance de son premier enfant en 2004, avant d'augmenter à 50 %, puis à 60 % de 2006 au 30 novembre 2012. Elle a présenté une incapacité de travail de 100 % du 13 au 20 juin 2012, du 3 au 15 juillet 2012, du 31 juillet au 14 août 2012, puis dès le 10 janvier 2013.

Souffrant d'un diabète de type 1, C._____ a déposé, le 27 février 2013, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Complétant le 5 mars 2013 le questionnaire « détermination du statut (part active/part ménagère) », l'assurée a indiqué qu'elle travaillerait, par nécessité financière, à 60 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Dans un rapport du 27 mars 2013, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, a posé les diagnostics incapacitants de diabète de type 1 instable et de syndrome de dumping après bypass-gastrique le 12 mars 2012. L'association d'un diabète de type instable avec un dumping syndrom avait été difficile à contrôler, mais progressivement la patiente avait pu maîtriser son traitement et l'évolution était satisfaisante. Par contre, ses performances étaient diminuées et une activité professionnelle ne pouvait être soutenue à 100 %. La maladie de l'intéressée entraînait une fatigabilité accrue

altérant sa résistance et elle ne pouvait maintenir une activité professionnelle telle qu'actuellement au-delà d'un 60 %.

Lors d'un entretien du 3 juin 2013 avec des représentants de son employeur et une collaboratrice de l'office AI, l'assurée a indiqué qu'elle ne pouvait pas utiliser sa voiture pour se rendre à son lieu de travail par crainte de présenter, dus à la concentration, des épisodes d'hypoglycémie. Comme elle devait en outre se reposer régulièrement, il lui a été proposé une reprise d'activité sous forme de télétravail. Il s'agissait d'un retour thérapeutique au travail dès la mi-juin 2013 pour une mise à niveau, avant d'exercer, à compter du mois de juillet 2013, une activité de deux heures par jour, quatre jours par semaine.

Dans un rapport du 9 septembre 2014, le Dr G._____, médecin-chef au Centre métabolique de l'Hôpital intercantonal de la Broye, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de diabète de type 1, de status post bypass gastrique en 2012, de multiples carences en micro-vitamines et d'hypoglycémies. Concernant l'activité exercée, ce médecin a expliqué que le diabète était difficile à équilibrer et que les hypoglycémies, favorisés par le bypass, étaient responsables d'une réduction de la performance sous forme de difficultés de concentration.

L'office AI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage, dont le rapport du 2 décembre 2014 reconnaissait à C._____ un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %, avec des empêchements ménagers évalués à 42,95 %. L'enquêtrice a notamment mentionné qu'il lui a été difficile de faire le lien entre les informations relevées le jour de l'entretien et défendues par l'assurée et les limitations retenues par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Elle a dès lors utilisé les empêchements décrits par l'intéressée pour faire le calcul.

L'office AI a demandé la réalisation d'un complément d'enquête économique sur le ménage afin de tenir compte des limitations

fonctionnelles décrites dans le rapport du SMR du 7 mai 2015 soit un « travail avec de préférence des horaires réguliers sur la semaine, de préférence en milieu tempéré et sans efforts physiques intenses et soutenus, pas de travail en terrain irrégulier, ni port de charges supérieures à 10 kg de façon itérative » et « une baisse de rendement qui doit être calculée en fonction du nombre d'injections et de prises de sang qui doivent être effectuées au cours d'une journée de travail et du nombre de collations supplémentaire que l'assurée doit prendre en sus des repas principaux ».

L'enquêtrice n'a pas revu l'assurée et a calculé les empêchements en fonction des limitations formulées dans le rapport du SMR du 7 mai 2015, ce qui aboutissait à des empêchements ménagers de 19,5 % au lieu de 42,95 % (rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 novembre 2015).

Par projet de décision du 17 novembre 2015, l'office AI a informé C._____ qu'il envisageait de lui octroyer, dès le 1^{er} janvier 2014, soit à l'échéance du délai d'attente d'un an, un trois quarts de rente d'invalidité, ce droit étant limité au 31 mai 2014, c'est-à-dire trois mois à partir du 28 février 2014, date à laquelle l'assurée avait récupéré une capacité de travail de 60 % dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, étant précisé qu'il était tenu compte d'une diminution de 10 % en raison des contraintes pour la régulation de son diabète, le degré d'invalidité étant, depuis cette date, inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente.

Par courrier du 7 décembre 2015, C._____ a présenté des objections à ce projet de décision. Elle a fait valoir que sa situation n'avait aucunement évolué depuis le mois de janvier 2013, étant donné que son diabète n'était absolument pas stabilisé et qu'elle subissait encore beaucoup de contraintes liées à cette maladie. Sans remettre en question le calcul du degré d'invalidité, elle a contesté la suppression de la prestation octroyée en concluant implicitement à son maintien.

Dans un rapport du 14 janvier 2016, le Dr K. _____, médecin généraliste traitant, a expliqué que le diabète dont souffrait sa patiente était survenu peu de temps après une intervention de bypass gastrique. Cette modification opératoire de l'anatomie digestive provoquait une grande labilité des valeurs de glycémie avec de très nombreuses hypoglycémies, malgré la mise en place d'une pompe à insuline. Cela avait pour conséquence que l'intéressée ne pouvait pas exercer de profession de manière régulière, que sa capacité de travail était limitée et son rendement inconstant selon les circonstances.

Dans un rapport du 4 mars 2016, le Dr F. _____ a indiqué que l'assurée exerçait depuis 2015 une activité en qualité d'aide à l'enseignement à un taux d'environ 30 % représentant le maximum de ce qu'elle était en mesure d'accomplir, au vu de son état de santé et du fait que son instabilité métabolique était un promoteur d'épuisement.

Aux termes d'un avis médical du 8 mars 2016, le SMR a déclaré maintenir les conclusions de son rapport du 7 mai 2015, à savoir que, dans son activité habituelle, l'assurée présentait une capacité de travail de 60 %, cette exigibilité pouvant être augmentée à 80 % « dans un poste plus facile avec moins de responsabilités ».

Par décision du 2 juin 2016, l'office AI a entériné l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 17 novembre 2015.

A la suite du recours de l'assurée contre la décision précitée du 2 juin 2016, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 23 janvier 2017 (AI [...]), admis le recours et renvoyé la cause à l'office AI pour la mise en œuvre d'une expertise médicale de médecine interne comprenant un volet diabétologique, les experts pouvant si nécessaire inclure d'autres spécialistes, cette expertise devant être suivie, cas échéant, d'un examen par le service de réadaptation de l'office AI et d'un réexamen des empêchements liés aux tâches ménagères. La Cour de céans a considéré pour l'essentiel que les rapports médicaux versés au

dossier étaient contradictoires quant à la capacité de travail de l'intéressée, l'administration se ralliant au demeurant à la proposition du SMR de compléter l'instruction par une expertise.

b) Reprenant l'instruction, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise au Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 5 juin 2017, ce médecin a retenu comme diagnostics incapacitants un diabète de type 1 dès 2012, ainsi qu'une possible maladie rhumatismale inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive dès 2016. Il a rappelé que le diabète de type 1 instable était une maladie chronique de gestion délicate, qui méritait une attention soutenue. C'était la raison pour laquelle il a considéré qu'en soi, ce diabète justifiait une perte de rendement de 10 %, à quoi se surajoutait une perte de rendement de 10 % dès juillet 2016 pour tenir compte de l'apparition des arthralgies avec ankylose. L'expert a en outre exposé ce qui suit :

« (...).

5.2 Situation actuelle

C. _____ est multi-plaintive, majorante, annonçant une symptomatologie d'asthénie, d'un sentiment de faiblesse et de céphalées, le tout fluctuant selon les glycémies. Elle déclare son diabète totalement décompensé, ce que ne confirme pas l'examen de la mémoire de son analyseur de glycémies. On peut retrouver une hypoglycémie entre 3,0 et 4,0 mmol/l environ 2 à 3 fois/semaine. Les glycémies sont souvent entre 8,0 et 12,0 mmol/l, relativement anarchiques en milieu de journée. Dans l'ensemble, la situation n'a guère évolué depuis qu'elle est placée sous pompe à insuline. Elle ne déclare quasiment plus de malaises post-prandiaux à type de dumping syndrome ou alors uniquement lors d'excès alimentaire.

Elle ne se plaint plus de douleurs abdominales depuis l'intervention de la libération d'adhérences en automne 2016. Il n'est pas fait état de complication liée au diabète. La fonction rénale est déclarée normale. Il n'y a pas de plainte suggérant une polyneuropathie alors qu'actuellement, la patiente se plaint de douleurs en région malaire droite. Ceci sera l'objet prochainement d'investigations neurologiques spécialisées.

L'examen neurologique de ce jour se situe parfaitement dans la norme. Une pathologie compressive ulnaire sera examinée par le neurologue, mais nous ne trouvons aucun signe clinique déficitaire à gauche à l'examen de la main ou de l'avant-bras à gauche.

Sur le plan rhumatologique, elle annonce des polyarthralgies éventuellement associées, anamnesticquement, à des épisodes de

tuméfaction voire de rougeurs des petites articulations de la main. Ceci n'a pas été constaté par le Dr K._____. Lors de douleurs, elle décrit l'apparition d'une bande bleuâtre à la face palmaire du poignet des deux côtés. Enfin, elle se plaint d'une ankylose matinale, l'obligeant à passer ses mains sous l'eau chaude et disparaissant après 20 minutes de mobilisation voire au maximum après 40 minutes.

Ces éléments sont suggestifs d'une maladie rhumatismale évolutive. Cliniquement, nous n'avons pas vu de synovite. Le signe de Gänslén est négatif. Il n'y a pas de déformation articulaire. L'enroulement des doigts est complet. On trouve 15 points de fibromyalgie. L'examen du rachis est normal. L'assurée reconnaît que cette affection ne l'empêche pas de réaliser ses activités de la vie quotidienne après dérouillage, ni ses activités professionnelles. En revanche, elle indique qu'elle ne peut pas porter plus de 2 kg et qu'elle doit se faire aider dans les tâches ménagères, ce qui est le cas depuis plusieurs années. Elle semble être assistée par ses parents avec une collaboration active de son mari.

Sur le plan professionnel, elle indique travailler sans restriction 24 périodes de 45 minutes depuis août 2015, le 1/4 d'heure entre deux périodes étant occupé par la nécessité de se déplacer d'un établissement à un autre, ce qu'elle réalise en scooter.

Enfin, sur le plan psychiatrique, il n'est pas annoncé d'élément nouveau ou d'aggravation de la symptomatologie depuis en tout cas 2015.

5.3 Limitations fonctionnelles

Elles découlent des polyarthralgies et du diabète, maladie chronique imposant une discipline de vie, des pauses itératives, des horaires réguliers. Les limitations fonctionnelles sont :

- Horaires réguliers.
- Pas de travail la nuit.
- L'environnement professionnel doit être tempéré.
- Pas de travaux impliquant des mouvements répétitifs, soutenus des mains.
- Le port de charges doit être restreint à 5 kg, occasionnelles.

Sous ces conditions, il existe une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

Nous nous écartons ainsi de l'avis des médecins traitants qui font état notamment de troubles cognitifs non démontrés à ce jour, d'une asthénie limitative alors que la description des activités quotidiennes de la patiente correspond, à part une aide ciblée dans le ménage, à celle d'une jeune mère entreprenante et active, travaillant à plus de 50 % et menant par ailleurs les activités éducatives, administratives, s'occupant des devoirs. Elle dispose ainsi de ressources non limitées ou peu limitées.

La multiplicité des pathologies avec notamment l'apparition, depuis juillet 2016, des polyarthralgies avec ankylose justifie une perte de rendement d'au maximum 20 %. Ceci concerne autant les tâches

ménagères que les tâches professionnelles pour tenir compte de la difficulté de l'équilibre du diabète et des pauses éventuelles.

Dans une activité à 60 %, il n'y a pas de perte de rendement.

Toutefois, il n'est pas possible de reconnaître une inaptitude à la conduite automobile pour des raisons somatiques. En effet, elle n'a jamais présenté d'hypoglycémie brutale et non prédictible.

Dans les faits, elle conduit sa voiture et son scooter. Bien entendu, elle ne peut utiliser un véhicule à moteur qu'après contrôle systématique de sa glycémie ».

Au vu de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 23 janvier 2017, l'office AI a mis en œuvre une expertise diabétologique, dont il a confié la réalisation au Dr N._____, spécialiste en diabétologie.

Dans son rapport du 20 septembre 2018, ce médecin a estimé que, comme employée à B._____, l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % depuis le mois de juin 2012, tandis que, dans une activité adaptée comme celle d'assistante à l'intégration, elle disposait d'une capacité de travail de 35 % à compter du mois d'août 2015 en raison d'un diabète de type 1 depuis juin 2012, d'un bypass en mars 2012 et d'une polyarthrite rhumatoïde avec diagnostic posé en octobre 2016, canal carpien.

Aux termes d'un avis médical du 11 octobre 2018, le SMR a constaté que le Dr N._____ avait retenu, au motif d'une maladie diabétique complexe et mal équilibrée dans un contexte thérapeutique optimal de longue date, une incapacité de travail de 100 % comme employée à B._____ depuis juin 2012 et une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée dès août 2015. De juin 2012 à juillet 2015, la capacité de travail exigible dans toute activité de l'économie était donc nulle. Le SMR s'est ainsi rallié aux conclusions de l'expert diabétologue.

Le 12 décembre 2018, l'office AI a fait réaliser une nouvelle enquête économique sur le ménage. Dans son rapport du 7 janvier 2019, l'auteur de cette enquête a retenu un statut mixte de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. Les empêchements dans cette dernière

activité étant de 40,9 %, l'enquêtrice a conclu à un taux d'invalidité de 16,36 % (40 % de 40,9 %).

Par projet de décision du 8 février 2019 annulant et remplaçant le projet de décision du 17 novembre 2015, l'office AI a avisé l'assurée qu'il comptait lui allouer une rente d'invalidité. Selon ses constatations, son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle depuis le 13 janvier 2013, alors qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée dès le mois d'août 2015. Compte tenu de la pondération du statut de personne active et de ménagère, il a fixé le degré d'invalidité à 67,74 % ($[60 \% \times 100 \%] + [40 \% \times 19,35 \%]$) pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 octobre 2015. Pour la période à compter du 1^{er} novembre 2015, l'office AI a, après avoir comparé les revenus sans et avec invalidité, fixé le degré d'invalidité pour la part active à 37,55 % ($60 \% \times 62,58 \%$), d'où un degré d'invalidité total de 53,91 % ($37,55 \% + 16,36 \% [40 \% \times 40,9 \%]$). Compte tenu de la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018, l'office AI a procédé, après avoir comparé les revenus sans et avec invalidité, à un nouveau calcul du degré d'invalidité pour la part active, lequel s'élevait désormais à 46,48 % ($60 \% \times 77,47 \%$), d'où un degré d'invalidité total de 62,84 % ($46,48 \% + 16,36 \%$). Par conséquent, l'office AI a reconnu à l'assurée le droit à un trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2014 au 31 octobre 2015, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2017 puis à nouveau à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018.

Par décisions des 15 mars 2019 (concernant la période à compter du 1^{er} avril 2019) et 2 juillet 2019 (pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 mars 2019), l'office AI a confirmé l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 8 février 2019.

c) Dans un courrier du 3 janvier 2021 à l'office AI, C._____ a indiqué avoir résilié son contrat de travail pour le 31 décembre 2020 en raison d'une dégradation de son état de santé (immense fatigue, douleurs neurologiques et problèmes aux jambes). A réception de cette correspondance, l'office AI a engagé une procédure de révision de la rente allouée à l'assurée en lui remettant à cet effet un questionnaire qu'elle a complété le 19 janvier 2021. Elle a indiqué que son état de santé s'était « considérablement aggravé » depuis 2018-2019 et qu'elle n'était plus en mesure de gérer seule les tâches du quotidien. Elle avait cessé toute activité lucrative au 31 décembre 2020.

Le 19 janvier 2021, l'assurée a répondu à un questionnaire de l'office AI relatif à son statut (part active/part ménagère), en annonçant que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % en tant qu'assistante à l'intégration par intérêt pour cette profession.

Dans un rapport du 16 janvier 2021, le Dr F._____ a posé les diagnostics d'encéphalite virale en novembre 2020, d'une infection à SARS-CoV2 à la même date, de néphropathie naissante, de cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite, de troubles anxio-dépressifs, de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de névrites ulnaires et de troubles moteurs des jambes. Selon ce médecin, la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2021, tandis qu'il ne s'est pas prononcé sur l'existence d'une éventuelle capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle.

Dans un rapport du 29 janvier 2021, la Dre X._____, médecin praticienne et médecin traitante, a retenu les diagnostics de diabète instable, de polyarthrite rhumatoïde, de syndrome post-covid, de status post-bypass et d'épisode dépressif d'intensité moyenne. Cette médecin a estimé que sa patiente présentait une incapacité totale de travail en toute activité depuis le 2 novembre 2020 et que l'évolution était défavorable.

Le 2 mars 2021, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a rédigé un rapport médical à

l'intention de l'office AI dans lequel il a diagnostiqué un épisode dépressif moyen à l'origine d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée, sa patiente présentait une capacité de travail de 10 à 15 % depuis six ans.

Dans un rapport du 12 avril 2021, la Dre Y._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics suivants : troubles neurologiques en novembre 2020, infection au covid-19 à la même date, troubles anxio-dépressifs, polyarthrite rhumatoïde séronégative, probable luxation du nerf ulnaire droit, lombalgies chroniques avec discopathie L4-L5 et L5-S1, omalgies droites avec bursite sous-acromio-deltaïdienne, petite fissure du tiers supérieur du tendon du sous-scapulaire et dysmorphie antéro-supérieure du labrum, ainsi qu'un diabète insulino-requérant. De l'avis de cette médecin, la capacité de travail était nulle compte tenu des différentes problématiques médicales présentées par sa patiente.

A la demande du SMR (avis médical du 19 mai 2021), les Drs X._____, Y._____, P._____ et F._____ ont été invités à répondre à des questions complémentaires, respectivement à transmettre des documents médicaux « concernant l'évaluation de la capacité respiratoire de l'assurée et ceux montrant une persistance de l'atteinte radiologique pulmonaire » et « concernant l'atteinte de l'avant-pied droit ».

Dans un avis médical du 19 octobre 2021, le SMR s'est exprimé en ces termes à propos des pièces médicales nouvellement versées au dossier :

« Faits nouveaux : un rapport médical du 9 juillet 2021 mentionne qu'une évaluation de la capacité respiratoire dans les suites d'une infection au covid n'a pas été nécessaire car l'assurée n'a présenté que peu de symptômes respiratoires. En mars 2021, un trouble fonctionnel neurologique a nécessité une prise en charge.

Un rapport médical du Dr P._____ du 12 juillet 2021 mentionne des diagnostics et épuisement des ressources retenus selon des éléments subjectifs, avec une connaissance des atteintes somatiques récentes partielle, voire erronée. De véritables

intensifications du traitement n'ont manifestement pas été tentées. La situation a nécessité 5 consultations en 3 mois.

Un rapport médical du 4 août 2021 est peu contributif sur le plan orthopédique.

Un rapport médical du 11 août 2021 [Dr A. _____, spécialiste en neurologie, réd.] ne retient pas de pathologie objective sur le plan neurologique. Une capacité de travail de 100 % devrait être possible.

Un rapport médical du 30 août 2021 [Dr F. _____, réd.] n'apporte aucun élément objectif montrant une augmentation de l'instabilité du diabète chez une assurée qui ne présente aucune contre-indication à la conduite automobile selon les directives de la SSED [Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie, réd.].

Un rapport médical de la Dre Y. _____ du 1^{er} septembre 2021 indique que, malgré ses compétences, elle n'est pas en mesure de décrire le traitement antalgique, ni les limitations fonctionnelles, ni la capacité de travail. Aucune consultation n'a eu lieu depuis avril 2021. Concernant l'avant-pied droit, l'assurée a présenté une amélioration clinique de la symptomatologie.

Malgré notre demande, un rapport du dernier employeur sur le contexte de l'interruption de l'activité n'a pas pu être obtenu.

Discussion : comme précédemment indiqué, le fonctionnement psychique de l'assurée avec une sollicitation importante du système de santé est connu de longue date, sans argumentation claire pour conclure à des diagnostics significativement incapacitants dans toutes activités ou à un épuisement des ressources. Sur le plan somatique, les éléments à disposition ne permettent pas d'expliquer une aggravation significative et durable. Il est nécessaire d'effectuer une évaluation spécialisée, avec appréciation consensuelle, afin de déterminer les atteintes incapacitantes, la date d'une éventuelle aggravation, les limitations fonctionnelles, la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les traitements exigibles et les ressources.

Expertise pluridisciplinaire (rhumatologie - psychiatrie - médecine interne, avec possibilité d'ajouter d'autres disciplines si jugé nécessaire par les experts) »

Pour ce faire, l'office AI a confié à E. _____ à R*** le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire de C. _____. Déposé le 16 août 2022, le rapport de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 23 février 2022 (Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale), un examen psychiatrique du 1^{er} mars 2022 (Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), un examen rhumatologique du 30 mars 2022 (Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), un examen neurologique

du 5 avril 2022 (Dr I._____, spécialiste en neurologie), ainsi qu'un examen diabétologique du 1^{er} juin 2022 (Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie). Les signataires du rapport de synthèse (Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale, Z._____, et W._____) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 5 juillet 2022. Sur la base de leurs constatations, les experts ont posé les diagnostics suivants :

- Diabète de type 1 avec atteinte rénale et deux antécédents d'acidocétose
E10.2
- Céphalées de tension
G44.2
- Douleurs chroniques diffuses musculo-squelettiques d'étiologie indéterminée R522
- Asthénie, tremblements des membres et dyspnée post infection à Sars-CoV-2 en novembre 2020 (CIM-11) RA01
- Trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'une maladie somatique
F43.23

S'agissant de la capacité de travail, les experts se sont exprimés en ces termes :

« 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail de l'expertisée dans l'activité habituelle d'assistante d'intégration, activité adaptée à ses limitations, est à 80 % depuis mars 2021 jusqu'à actuellement.

La capacité de travail s'est améliorée depuis la mise en place de la pompe automatique en 2020 sur le plan diabétologique. Globalement, en prenant en compte la période post-Covid19, nous retenons une amélioration depuis mars 2021.

Concernant la période avant 2021, nous pouvons nous aligner avec l'appréciation de l'expertise diabétologique du 20 septembre 2018 qui retenait une capacité de travail à 35 % dans une activité adaptée depuis 2015.

La capacité de travail pourrait être encore améliorée avec l'adaptation et l'optimisation du traitement diabétologique.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail de l'expertisée dans une activité adaptée comme celle d'assistante d'intégration, est à 80 % depuis mars 2021 jusqu'à actuellement.

La capacité de travail s'est améliorée depuis la mise en place de la pompe automatique en 2020 sur le plan diabétologique. Globalement, en prenant en compte la période post-Covid19, nous retenons une amélioration depuis mars 2021.

Concernant la période avant 2021, nous pouvons nous aligner avec l'appréciation de l'expertise diabétologique du 20 septembre 2018 qui retenait une capacité de travail à 35 % dans une activité adaptée depuis 2015.

La capacité de travail pourrait être encore améliorée avec l'adaptation et l'optimisation du traitement diabétologique.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout) ?

Sur le plan diabétologique, bien que le diabète de type 1 ait été très instable dans le passé, la mise en place de la pompe automatique qui adapte le débit d'insuline en fonction de la glycémie transmise par le sensor glycémique, arrête le début d'insuline et propose la prise en charge d'une certaine quantité de glucose comme le resucrage, a permis un profil glycémie plus équilibré avec une bonne efficacité contre l'hyperglycémie, l'hypoglycémie et la variabilité glycémique. En effet, le temps passé en hypoglycémie est estimé normal dans le cadre de la présente expertise selon les valeurs du relevé glycémique du mois de mai 2022. Pour cette raison, bien que la performance de l'expertisée reste légèrement réduite avec certaines limitations fonctionnelles en lien avec le diabète, nous estimons que sa capacité de travail sur le plan strictement diabétologique est améliorée depuis la mise en place de la pompe automatique en 2020.

En novembre 2020, Madame C. _____ a eu une infection [au] Covid-19 avec des symptômes respiratoires et neurologiques qui ont motivé de nombreuses investigations jusqu'en mars 2021 et qui ont, selon les différents médecins traitants, justifié une incapacité de travail totale en janvier 2021, période où Madame C. _____ a d'ailleurs donné sa démission pour épuisement.

Globalement, sur le plan consensuel, en prenant en compte cette période d'aggravation transitoire, de l'état de santé de l'expertisée, nous retenons que la capacité de travail est de 80 % depuis mars 2021 jusqu'à actuellement.

Concernant la période entre 2015 et 2020, nous pouvons nous aligner avec l'évaluation diabétologique dans le cadre de

l'expertise du 20 septembre 2018 par [le] Dr N. _____ qui estimait une capacité de travail à 35 % en raison d'un diabète mal équilibré.

Les douleurs chroniques diffuses musculo-squelettiques d'étiologie indéterminée ne limitent pas l'expertisée dans toute activité physiquement légère sans stress de rendement comme l'activité habituelle d'assistante d'intégration. Sur le plan neurologique, les céphalées de tension ne limitent pas la capacité de travail et n'imposent pas de limitation fonctionnelle.

Sur le plan psychiatrique, les troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'une maladie somatique ne limitent pas l'expertisée quelle que soit l'activité envisagée ».

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise d'E. _____, le SMR a déclaré qu'il n'avait pas de raison de s'écarter de ses conclusions. Aussi a-t-il retenu que l'assurée avait présenté une capacité de travail nulle en toutes activités entre novembre 2020 et février 2021 en lien avec une infection virale, puis de 80 % en toutes activités dès mars 2021 compte tenu d'une amélioration de la prise en charge du diabète. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « activité physiquement légère, pauses possibles pour prendre en charge des éventuelles hypoglycémies, horaires réguliers permettant de prendre des repas à des heures fixes et éviter le travail de nuit » (avis médical du 9 septembre 2022).

C. _____ a par la suite fait l'objet de différents examens par imagerie, à savoir une IRM du genou droit le 12 décembre 2023 suivie d'une IRM des colonnes lombaire et sacrée ainsi que de radiographies du bassin, des hanches et du rachis lombaire le 13 décembre 2023.

Aux termes d'un nouveau rapport d'enquête économique sur le ménage du 19 janvier 2024, l'enquêteur a retenu un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %, avec des empêchements ménagers évalués à 7,12 % pour la période comprise entre novembre 2020 et février 2021 et à 1,24 % à compter du mois de mars 2021.

Dans un avis médical du 1^{er} juillet 2024, le SMR a relevé que les résultats d'imagerie de décembre 2023 ne mettaient pas en évidence

de conflit radiculaire lombaire expliquant la symptomatologie. Il y avait une légère surcharge au niveau zygapophysaire avec la proposition d'une infiltration. L'IRM du genou droit indiquait un petit épanchement et de discrets signes de chondropathie fémoropatellaire, ainsi que des signes de dégénérescence du ménisque. Il n'y avait pas de constatation clinique. Le SMR a ainsi conclu qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier les limitations fonctionnelles retenues à la suite de l'expertise d'E._____, si bien que l'exigibilité dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée demeurerait fixée à 80 %.

Par projet de décision du 12 septembre 2024, l'office AI a informé C._____ qu'il comptait supprimer la rente d'invalidité servie jusqu'alors. Il ressort des investigations médicales mises en œuvre dans le cadre de la procédure de révision que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail en toute activité du 1^{er} novembre 2020 au 28 février 2021. Compte tenu de la pondération du statut de personne active et de ménagère, il a fixé le degré d'invalidité à 62,84 % $[(60 \% \times 100 \%) + [40 \% \times 7,12 \%]]$. Toutefois, l'assurée disposait, à compter du 1^{er} mars 2021, d'une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle d'assistante en intégration scolaire ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'où un taux d'invalidité global de 12,49 % $[(60 \% \times 20 \%) + [40 \% \times 1,24 \%]]$. Dès lors qu'un taux d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas droit à une rente, le trois quarts de rente d'invalidité serait supprimé dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Le 16 novembre 2024, C._____ a présenté des objections à ce projet de décision en faisant pour l'essentiel valoir que son état de santé ne s'était aucunement amélioré. A l'appui de ses allégations, l'assurée a produit un rapport établi le 9 avril 2024 par le Dr J._____, médecin adjoint auprès du Centre de la douleur de l'Hôpital cantonal fribourgeois, ainsi qu'un rapport 10 octobre 2024 émanant de la Dre Q._____, spécialiste en rhumatologie.

Dans un avis médical du 8 janvier 2025, le SMR s'est exprimé en ces termes sur les pièces médicales produites par l'assurée :

« Un rapport d'antalgie de l'Hôpital cantonal fribourgeois en date du 9 avril 2024 qui indique que notre assurée présente un syndrome douloureux diffus chronique d'origine indéterminée avec des douleurs mixtes inflammatoires mécaniques et neuropathiques. Il est repris l'ensemble de l'anamnèse de vie avec une augmentation des douleurs depuis 2015 et des douleurs plutôt neuropathiques à partir de novembre 2020 soit avant l'expertise d'E._____. L'IRM lombaire du 13 décembre 2023 n'indique pas de conflit radiculaire. Il est proposé un traitement par perfusions de lidocaïne intraveineuse. Nous n'avons pas de nouveaux éléments depuis avril 2024. Lors de l'expertise d'E._____ en mars - avril 2022, l'évaluation rhumatologique et neurologique avait déjà retenu un syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée. Il n'est pas rapporté de faits nouveaux.

Un rapport médical rhumatologique de la Dresse Q._____ en date du 10 octobre 2024 qui indique que notre assurée ne présente pas de syndrome d'Ehler Danlos hypermobile et qu'il n'y a pas de « Red flag » concernant une maladie génétique du tissu conjonctif. Il est indiqué que notre assurée présente surtout des douleurs mécaniques plus que des douleurs inflammatoires et il est confirmé qu'il n'y a aucun élément orientant vers un diagnostic de syndrome d'Ehler-Danlos hypermobile ».

Le SMR a dès lors estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier ses conclusions, lesquelles se fondaient sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée par E._____.

Par décision du 20 janvier 2025, l'office AI a supprimé le trois quarts de rente d'invalidité alloué à l'assurée, conformément à son projet de décision du 12 septembre 2024. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. a) Par acte du 19 février 2025, C._____, représentée par Me Alex Matos, avocat, a recouru devant la Cour de céans contre la décision du 20 janvier 2025 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 février 2023 (basée sur un degré d'invalidité de 100 %) et, subsidiairement, au maintien du versement d'un trois quarts de rente d'invalidité (basée sur un degré d'invalidité de 63 %) au-delà du 28 février 2025. Plus subsidiairement, l'assurée a conclu à la mise en œuvre d'une expertise

pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie, neurologie, diabétologie et neuropsychologie) ainsi que d'une enquête économique sur le ménage et, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il diligente une nouvelle expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie, neurologie, diabétologie et neuropsychologie) ainsi qu'une nouvelle enquête économique sur le ménage puis rende une nouvelle décision au sujet du degré d'invalidité.

Dans un premier moyen, l'assurée a contesté l'existence d'un motif de révision, en ce sens que, contrairement à l'appréciation expertale suivie par l'office AI, son état de santé et, partant, sa capacité de travail, ne s'étaient nullement améliorés depuis la mise en place d'une pompe à insuline automatique. Or ce postulat était erroné dans la mesure où les experts d'E. _____ avaient uniquement tenu compte de la problématique diabétologique et non pas de celle liée à la modification de l'anatomie intestinale par le bypass gastrique. Dans un deuxième moyen, elle a critiqué essentiellement les volets psychiatrique et diabétologique de l'expertise d'E. _____. Sur le plan psychiatrique, elle s'est prévalu d'un rapport du 17 février 2025 du Dr P. _____, dans lequel ce médecin a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen au détriment de celui de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'une maladie somatique tel que retenu par les experts d'E. _____. Quant au volet diabétologique de cette expertise, l'assurée a exposé - sur la base d'un rapport du Dr F. _____ du 11 février 2025 - en quoi il reposait sur des prémisses erronées (notamment : diagnostics retenus, origine et expression des hypoglycémies). Dans la mesure où la suppression de la rente servie reposait sur une appréciation erronée de la situation par l'expert diabétologue d'E. _____, l'assurée a sollicité l'audition du Dr F. _____ afin qu'il s'exprime « sur les problèmes de santé (chirurgie bariatrique notamment) ayant précédé et conduit au diagnostic de diabète de type 1, sur les modifications anatomiques et métaboliques induites par le bypass gastrique, ainsi que sur l'origine et les conséquences des hypoglycémies sur la capacité de travail ». Dans un troisième moyen, l'assurée a demandé que le rapport d'expertise diabétologique du Dr M. _____ du 12 juillet 2022, de même que le rapport d'expertise

consensuelle d'E._____ du 16 août 2022, soient retirés du dossier, dès lors que l'entretien du 1^{er} juin 2022 avec l'expert diabétologue n'avait pas fait l'objet d'un enregistrement sonore. Dans un dernier moyen, elle a fait valoir qu'elle souffrait d'une atteinte neuropsychologique légère à modérée, si bien que l'expertise pluridisciplinaire à mettre en œuvre devait impérativement comprendre un volet neuropsychologique « afin de déterminer avec précision l'influence des troubles neuropsychologiques sur [s]a capacité de travail ». A titre de mesure d'instruction, elle a sollicité - outre celle du Dr F._____ - son audition personnelle.

b) Dans sa réponse du 9 avril 2025, l'office AI a indiqué avoir soumis les rapports des 11 et 17 février 2025 établis respectivement par les Drs F._____ et P._____ au SMR. D'un avis médical du 14 mars 2025, il ressortait que ces documents ne contenaient pas d'éléments médicaux permettant de s'écarter des conclusions consensuelles de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par E._____, à savoir une capacité de travail de 80 % (100 % avec une diminution de rendement de 20 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. De plus, le fait de ne pas avoir envoyé l'enregistrement sonore de l'expertise diabétologique s'expliquait par l'absence d'une demande explicite en ce sens, alors même qu'une telle démarche est indispensable. Quant au rapport d'évaluation à domicile, il répondait aux exigences formelles en la matière, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'y revenir. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 15 mai 2025, C._____ a souligné que l'entretien d'expertise diabétologique avec le Dr M._____ n'avait pas fait l'objet d'un enregistrement sonore. Si l'office AI entendait soutenir le contraire, il lui appartenait de produire ledit enregistrement. Sur le fond, l'assurée a produit un nouveau rapport établi le 14 mai 2025 par le Dr F._____. Si ce médecin était d'accord avec les experts d'E._____ à propos de l'origine mixte des hypoglycémies, il estimait toutefois que la simple prise en compte de cette origine double ne signifiait pas encore que les implications cliniques d'une telle situation aient été intégrées à l'évaluation. En effet, de l'avis du Dr F._____, l'expertise effectuée par

E._____ n'évaluait que partiellement les répercussions des hypoglycémies sur la vie quotidienne de sa patiente. Or la prise en compte d'un seul mois (mai 2022) ne constituait pas un reflet fidèle de la réalité, de telle sorte que l'analyse aurait dû être élargie. S'agissant de l'enquête économique sur le ménage, l'assurée a fait valoir que les empêchements retenus dans le rapport d'enquête du 19 janvier 2024 reposaient sur une prémisse erronée, dans la mesure où ils trouvaient leur source dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire - biaisé - d'E._____. Il convenait par conséquent de mettre en œuvre une nouvelle enquête ménagère. Pour le surplus, l'assurée a confirmé ses réquisitions de preuve, tendant à son audition personnelle, ainsi qu'à celle du Dr F._____.

d) Dupliquant le 17 juin 2025, l'office AI a d'emblée déploré qu'aucun enregistrement sonore du volet diabétologique de l'expertise pluridisciplinaire d'E._____ n'ait été effectué. Tout en laissant à la Cour de céans le soin de décider s'il convenait de retirer ce volet et de mettre en œuvre une nouvelle expertise, l'office AI a observé que l'assurée ne remettait pas en cause le contenu du volet diabétologique en tant que tel, mais uniquement les conclusions expertales quant à la capacité de travail. Il a par ailleurs indiqué avoir soumis le rapport du 14 mai 2025 du Dr F._____ au SMR. Selon l'avis établi par ce service le 11 juin 2025, aucun élément médical nouveau n'avait été apporté, en ce sens que l'endocrinologue prénommé n'avait pas décrit d'aggravation depuis l'expertise. De plus, les experts d'E._____ avaient bien pris en compte la double pathologie (diabète de type I et suites du by-pass gastrique) ainsi que les doléances de l'assurée. Cette dernière avait indiqué à l'expert subir deux à huit hypoglycémies par jour mais ces éléments n'étaient pas corrélés avec les résultats de la pompe à insuline en cycle fermé. Il fallait donc retenir qu'il s'agissait d'une évaluation différente d'une même situation médicale. L'office AI a par conséquent une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de la suppression à compter du 1^{er} mars 2025, par la voie de la révision, d'un trois quarts de rente d'invalidité octroyé depuis le 1^{er} janvier 2018.

3. 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). Dans la mesure où les modifications en question n'ont aucun effet sur la présente cause, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur d'éventuels aspects de droit transitoire.

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). 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) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

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

c) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent

être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

6. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est amélioré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative depuis les précédentes décisions au fond, datées des 15 mars et 2 juillet 2019, par lesquelles l'office AI lui avait reconnu le droit à trois quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2014, à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2015, puis de nouveau à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018 compte tenu de l'entrée en vigueur d'une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité des personnes partiellement actives et partiellement ménagères. Selon le rapport d'enquête à domicile du 7 janvier 2019, la recourante présentait un statut de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %, les empêchements dans la tenue du ménage étant de 40,9 % à partir d'août 2015, d'où un degré d'invalidité de 16,36 % pour la part ménagère. Quant au degré d'invalidité pour la part active, il s'élevait, après comparaison des revenus sans et avec invalidité, à 46,48 % (60 % x 77,47 %), soit un degré d'invalidité total de 62,84 % (46,48 % + 16,36 %). A l'époque, l'office intimé s'était basé sur un rapport du SMR du 11 octobre 2018, lequel se ralliait au rapport d'expertise du 20 septembre 2018 du Dr N._____. Ce médecin y retenait une incapacité totale de travail de 100 % comme employée auprès de B._____ depuis juin 2012 et une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée, comme celle d'assistante d'intégration, dès le mois d'août 2015.

Sur le plan médical, il ressortait des éléments au dossier qu'à la suite d'une opération par bypass gastrique laparoscopique en raison d'une obésité avec un indice de masse corporelle à 35 kg/m² le 12 mars 2012, un diabète de type 1 instable et un dumping syndrome avaient été mis en évidence depuis mars-juin 2012. Une décompensation acétosique avait conduit à une hospitalisation en janvier 2016. L'instabilité du diabète

avait nécessité la mise en place d'une pompe puis d'un glucosensor en continu. Dans son rapport, l'expert N._____ avait notamment précisé qu'il y avait deux pathologies instables qui cohabitaient, raison pour laquelle il y avait une différence nette entre une réalité thérapeutique théorique, une réalité thérapeutique réelle et un ressenti clinique. Il a mentionné ainsi des difficultés de concentration et de gestion du stress, une fatigabilité, une instabilité émotionnelle, la nécessité de s'arrêter dans son travail, de pouvoir suivre le profil glycémique et prendre les mesures adéquates (resucrage, administration de bolus). Il a conclu qu'une stabilisation de la maladie diabétologique associée au dumping syndrom résultant du bypass était illusoire. C'est pourquoi, l'office intimé, suivant en cela l'avis établi par le SMR le 7 octobre 2018, avait retenu que seule la maladie diabétique complexe avait des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, car elle était mal équilibrée, en dépit d'un contexte thérapeutique optimal de longue date.

7. Dans le cadre de la procédure de révision initiée en janvier 2021, C._____ a fait l'objet, auprès d'E._____, d'une expertise pluridisciplinaire comportant des examens en médecine interne, psychiatrique, rhumatologique, neurologique et diabétologique, dont les conclusions ont été reprises par le SMR et suivies par l'office AI pour rendre la décision litigieuse du 20 janvier 2025. Aux termes de celle-ci, la recourante avait présenté une incapacité totale de travail entre novembre 2020 et février 2021 en lien avec une infection virale avant de recouvrer, à compter de mars 2021, une capacité de travail de 80 % tant dans son activité habituelle d'assistante en intégration scolaire que dans toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, ce qui avait conduit à la suppression du trois quarts de rente alloué depuis le 1^{er} janvier 2018 avec effet au 28 février 2025.

a) aa) Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait des douleurs chroniques diffuses musculo-squelettiques d'étiologie indéterminée. L'anamnèse, l'examen clinique, les examens paracliniques à disposition n'orientaient pas vers une polyarthrite rhumatoïde, même séronégative. En effet, en admettant que cette maladie évoluerait depuis

2016, les experts s'étonnaient de l'absence de déformation articulaire ou de synovite active. Il n'y avait pas dans le diagnostic différentiel d'élément en faveur d'une étiologie infectieuse métabolique toxique ou fracturaire ni d'argument pour une limitation fonctionnelle anatomique structurelle ou pour une spondylarthropathie séronégative. De l'avis du Dr H._____, il existait, dans le cas de la recourante, des interactions entre cognition, émotion, comportement, réaction corporelle, facteurs sociaux, croyances et représentation entre autres. Il n'était dès lors pas en mesure de justifier un traitement de fond. Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont estimé que les douleurs chroniques diffuses musculo-squelettiques d'étiologie indéterminée ne limitaient pas l'intéressée dans toute activité physiquement légère sans stress de rendement comme l'activité habituelle d'assistante d'intégration.

La recourante ne produit aucun élément médical susceptible de remettre en cause cette appréciation.

bb) Sur le plan neurologique, l'examen clinique pratiqué par le Dr I._____ a révélé que la nuque était souple dans toutes les directions, sans limitation ni douleur ; l'examen des nerfs crâniens était normal ; au niveau des membres supérieurs, la gouttière épitrochléenne était sans particularité, le nerf ulnaire n'étant ni palpable ni luxable ; il n'y avait pas de signe d'irritabilité à ce niveau ; les réflexes tendineux étaient bien évocables et symétriques ; l'épreuve bras tendus était bien stabilisée ; il n'y avait pas de ralentissement des mouvements fins ; il n'avait pas d'hypomyotrophie segmentaire en particulier au niveau de la musculature intrinsèque ; il n'y avait pas de parésie ; l'épreuve de coordination cinétique était bien effectuée ; la sensibilité était normale à tous les modes ; l'assurée déambulait avec une petite boiterie d'épargne du membre inférieur droit attribuée à une douleur du genou ; elle pouvait marcher sur la pointe et les talons ; à l'épreuve de Romberg, il y avait une importante oscillation du tronc, mais sans ataxie statique à l'appui monopodal ni à la marche en funambule ; la sensibilité tacto-algique était conservée jusqu'en distalité, le sens postural était conservé et la pallesthésie malléolaire évaluée à 8/8 des deux côtés.

Fort de ces constats cliniques, le Dr I. _____ a écarté l'existence d'une neuropathie ulnaire. En effet, les symptômes étaient peu systématisés, intermittents. Il n'y avait pas de déficit moteur, ni sensitif dans le territoire du nerf ulnaire cliniquement et les examens électrophysiologiques effectués en 2020 et 2021 n'avaient pas documenté une telle pathologie. Sur la base des éléments objectifs cliniques et des nombreuses IRM effectuées tant au niveau cervical que lombaire, l'expert n'a pas non plus retenu de syndrome radiculaire, ni aux membres supérieurs, ni aux membres inférieurs. Il n'y avait pas davantage de polyneuropathie diabétique, en l'absence de toute anomalie clinique. En particulier, les réflexes achilléens étaient bien évocables. Il n'y avait pas de déficit sensitif en chaussettes, d'hypopallesthésie. De plus, l'examen électrophysiologique effectué en janvier 2021 était normal. Il n'y avait pas non plus d'atteinte centrale. En effet, le status était normal chez une assurée ayant fait l'objet de multiples IRM cérébrales et de la moelle. Il n'y avait dès lors aucun déficit objectivable sur le plan neurologique, ni cliniquement, ni sur la base des examens paracliniques réalisés. Seules restaient des céphalées, qui n'avaient pas de caractéristiques bien spécifiques et qui pouvaient dès lors être attribuées à des céphalées de tension, lesquelles n'entraînaient toutefois pas de limitations fonctionnelles et ne limitaient pas la capacité de travail.

La recourante ne produit pas non plus de pièces médicales de nature à remettre en cause cette appréciation.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr W. _____ n'a pas constaté, lors de son entretien avec l'assurée, de ralentissement, de fatigue ou de fatigabilité, pas plus qu'il n'a observé de trouble de l'attention ou de la vigilance, de trouble grossier de la mémoire, de la concentration ou du langage. L'intéressée était en outre orientée aux quatre modes. Le discours était abondant, participatif avec beaucoup d'initiative dans l'échange, contributif et largement informatif. Il y avait une légère tendance à la logorrhée, mais tout à fait recadrable par l'expert qui se sentait pris en compte. Les digressions étaient présentes, avec une seule

perte du fil de l'entretien au cours de la discussion. Le focus était partagé tout au long de l'entrevue. Le contenu du discours était riche d'évocations aussi bien d'éléments factuels qu'affectifs. La thymie était neutre et modulable avec une bonne adéquation idéo-affective. L'impression générale était celle d'une personnalité structurée s'efforçant de faire face au mieux aux adversités de l'existence telles que les douleurs ou la maladie du mari. Il n'y avait cependant pas de déni des difficultés, mais au contraire une lucidité quant à celles-ci et au besoin d'aide ressenti à certains moments. La recourante pouvait ainsi évoquer des moments d'anxiété, tout en se déclarant très aidée par le suivi psychothérapeutique avec l'appoint transitoire d'une médication antidépressive stoppée il y a environ deux mois. L'expert n'a pas relevé de signe ou de symptôme de la lignée psychotique, en particulier pas de trouble du Moi, pas de trouble formel de la pensée, ni d'élément délirant. Les plaintes d'ordre psychologique étaient peu présentes. L'assurée a évoqué une anxiété qui l'accompagnait depuis longtemps. Elle a aussi mentionné une réaction anxiodépressive en 2013 dans les suites du bypass, tout comme elle a indiqué avoir sollicité dernièrement l'appui d'un psychiatre dans le cadre d'une fatigue ayant suivi une infection au covid. Sur la base de son examen, le Dr W. _____ a retenu pour seul diagnostic celui de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse dans le cadre d'une maladie somatique, en raison d'une anxiété liée à l'exacerbation de symptômes qui s'étaient récemment aggravés. La réaction anxieuse était au décours dans le cadre de l'évolution favorable due au traitement ainsi qu'aux ressources de l'intéressée. De l'avis de l'expert psychiatre, le trouble diagnostiqué n'entraînait aucune limitation de la capacité de travail, qui demeurait totale en toute activité.

Le rapport du Dr P. _____ du 17 février 2025 ne permet pas de s'écarter de l'appréciation de l'expert psychiatre W. _____. En effet, le psychiatre traitant maintient le diagnostic d'épisode dépressif moyen associé à une diminution des ressources, à une augmentation de la fatigabilité et à une réduction de la concentration déjà évoquées dans ses rapports des 2 mars et 12 juillet 2021. Or le Dr W. _____ a expressément mentionné que la recourante pouvait s'appuyer sur une personnalité

structurée, sur ses ressources personnelles non épuisées et sur un environnement familial soutenant.

c) Sur le plan de la médecine interne, comportant un volet diabétologique, le rapport d'expertise d'E._____ du 16 août 2022 n'est nullement convaincant, lorsque celui-ci retient que la recourante dispose d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de mars 2021.

aa) Alors que, par décisions des 15 mars et 2 juillet 2019, l'office AI avait reconnu à l'assurée le droit à trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2014 au 31 octobre 2015, à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2017 puis à nouveau à un trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2018 sur la base d'une expertise en diabétologie/endocrinologie réalisée par le Dr N._____, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 23 janvier 2017, l'intimé n'a pas expressément requis un volet dans cette spécialité lors de la mise en œuvre de l'expertise auprès d'E._____ (voir courriels de [...] du 21 décembre 2021 et d'E._____ du 24 février 2022 tous deux adressés à l'office AI). Ce n'est que sur proposition du Dr Z._____, après que celui-ci eut reçu l'assurée en consultation le 23 février 2022, que l'intimé a donné son accord à la réalisation d'une expertise diabétologique (courriel de l'office AI à E._____ du 24 février 2022). Cela est d'autant plus surprenant que l'office AI, par décisions des 15 mars et 2 juillet 2019, avait précisément octroyé une rente d'invalidité au seul motif d'une maladie diabétique complexe.

bb) aaa) Sur le plan diabétologique, l'expert M._____ a uniquement orienté son examen clinique sur la question du diabète de type 1. Il a ainsi retenu que l'assurée présentait toujours un diabète de type 1 avec des antécédents d'acidocétose (la dernière fois en 2018). La situation avait toutefois évolué depuis deux ans avec le port d'une pompe en hybrid closed loop (Medtronic 780G) qui adapte le débit d'insuline en fonction de la glycémie transmise par le sensor glycémique (Guardian 4), arrête le débit d'insuline et propose la prise d'une certaine quantité de

glucose comme resucrage et des bolus d'insuline lors des repas et en fonction des hydrates de carbone qui vont être mangés. Le traitement pour le diabète de type 1 demeure un défi dans le contexte de la chirurgie bariatrique et provoque une variabilité glycémique importante qui va demander à l'assurée de se resucrer fréquemment. La variabilité glycémique sur le relevé du 2 au 31 mai 2022 était de 45 %, soit très élevée. Il convenait toutefois de relever que le temps passé en hypoglycémie était dû à la pompe automatique qui permettait d'éviter les hypoglycémies avec une double action : arrêt de la perfusion d'insuline temporairement et proposition de se resucrer avant l'apparition de l'hypoglycémie. L'expert a ajouté qu'avec la pompe actuelle, l'un des traitements les plus efficaces avec la transplantation d'îlots pancréatiques, le profil glycémique était amélioré avec une bonne efficacité contre l'hyperglycémie, l'hypoglycémie et la variabilité glycémique. Le Dr M._____ a toutefois considéré que le diabète de type 1 traité efficacement par pompe automatique influençait légèrement la performance de l'assurée. En effet, elle devait avoir le temps de réagir aux hypoglycémies que la pompe va signaler. Il se pouvait également que les exercices physiques augmentent le risque de faire une hypoglycémie dans les minutes suivantes. Pour cette raison, l'activité professionnelle de la recourante ne devait pas comporter d'activité physique, même légère, afin de ne pas favoriser l'apparition d'hypoglycémie. Elle devait permettre à l'intéressée de pouvoir à tout moment et sans retard prendre en charge une hypoglycémie. Il était conseillé de privilégier des horaires réguliers permettant de prendre des repas à des heures fixes et d'éviter le travail de nuit. Enfin, les déplacements automobiles devaient être limités au maximum compte tenu des resucrages fréquents et du besoin d'injection de Glucagon intramusculaire une à deux fois par an. Suite à la dernière évolution et la mise en place d'une pompe en hybrid closed loop, l'expert a retenu que le profil glycémique était équilibré avec cependant un léger impact sur la capacité de travail en raison des besoins de resucrage. De l'avis de l'expert, la capacité de travail était de 80 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité physiquement légère, pauses possibles pour prendre en charge des éventuelles hypoglycémies, horaires réguliers permettant de prendre des

repas à des heures fixes et éviter le travail de nuit. La situation avait par conséquent changé et s'était considérablement améliorée à partir de la mise en place de la pompe automatique en 2020, qui avait sensiblement amélioré la capacité de travail de l'intéressée. L'amélioration était fixée à partir du mois de mars 2021 en raison d'une période post Sars-CoV-2 entre novembre 2020 et mars 2021. Il y avait encore la possibilité, au jour de l'expertise, d'améliorer la variabilité et de réduire le risque d'hypoglycémie en adaptant les paramètres de la pompe, en diminuant par exemple l'insuline basale de 20 % sur tous les segments de la journée, en mettant des ratios au repas 1UI [une unité d'insuline, réd.]/10 g et en augmentant la durée de l'insuline d'une heure.

bbb) Dans son rapport du 12 juillet 2022 (p. 4, ch. 8), l'expert M. _____ a précisé que ses réponses concernaient uniquement l'impact du diabète sur la capacité de travail et ne prenaient pas en compte les autres comorbidités. Il a indiqué que l'assurée était vue pour un consilium diabétologique à la demande d'E. _____ dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire diligentée par l'office AI. S'agissant des sources utilisées, l'expert a souligné s'être fondé sur le rapport de la pompe Medtronic 780G du 2 au 31 mai 2022 transmis par l'assurée, ainsi que sur les « extraits du dossier AI mentionnés dans le rapport du Dr Z. _____ ». Dans son rapport du 12 juillet 2022, l'expert M. _____ ne s'est toutefois à aucun moment référé expressément au rapport d'expertise du 20 septembre 2018 du Dr N. _____, ce qui lui aurait permis de circonscrire les spécificités médicales du cas de la recourante et le contexte asséculo-logique dans lequel son examen s'inscrivait. En évoquant le motif et les circonstances de l'expertise, il a cependant rappelé le lien existant entre un diabète de type 1 survenu en 2012 et apparu peu de temps après la réalisation d'un bypass gastrique. L'expert a également consigné la déclaration de l'assurée, selon laquelle des dumpings se manifestaient au début de sa maladie lors des repas ou peu après, mais qui ne s'étaient plus reproduits depuis des années.

cc) Cela étant, l'expert Z. _____ s'est contenté de reprendre dans son rapport du 16 août 2022 les conclusions figurant dans le rapport

du Dr M. _____ du 12 juillet 2022. Il n'a toutefois pas mentionné les diagnostics retenus au motif que, étant l'expert principal, tous les diagnostics sont discutés dans l'appréciation consensuelle. Dans le même sens, l'évaluation médicale et médico-assurantielle est décrite en détail dans l'appréciation consensuelle par le médecin prénommé, en sa qualité d'expert principal. L'assurée a pourtant mentionné au Dr Z. _____ le fait que son diabète restait dérégulé avec des moments d'hyperglycémie/hypoglycémie qui ne reflétait pas selon elle les valeurs Hb1Ac [hémoglobine glyquée, réd.]. Malgré les différentes pompes essayées et la pompe à insuline automatique actuelle, elle avait besoin de trente minutes pour récupérer, car cela lui provoquait une fatigue chronique intense et un sommeil non réparateur fluctuant chaque jour, précisant qu'elle se sentait fatiguée d'être piquée tout le temps. A cet égard, dans son rapport du 11 février 2025, produit par l'assurée à l'appui de son recours, le Dr F. _____ a relevé que les experts d'E. _____ n'avaient pas suffisamment pris en compte la problématique du bypass gastrique. Ce médecin a souligné à ce propos qu'en mars 2012, sa patiente avait bénéficié d'un bypass gastro-jéjunal soit quelques mois avant le diagnostic du diabète. Peu après cette chirurgie, l'intéressée avait développé des malaises sévères, qui avaient même été à l'origine d'une perte de connaissance. Lors de sa première consultation, le Dr F. _____ avait conclu à un syndrome de dumping après bypass gastrique et à des hypoglycémies en relation directe avec la chirurgie bariatrique. L'origine des hypoglycémies survenues chez l'assurée étaient ainsi double : d'une part, elles étaient liées au bypass gastrique et, d'autre part, elles étaient aussi et ensuite liées au diabète de type 1. Or, selon le Dr F. _____, les experts d'E. _____ s'étaient intéressés à ces hypoglycémies mais principalement sous l'angle du diabète de type 1, ce qui se comprenait car les hypoglycémies étaient des complications majeures du diabète de type 1. Chez l'assurée, cependant, l'origine des hypoglycémies était clairement plus complexe, car elles étaient aussi liées et fortement majorées par les modifications anatomiques et métaboliques induites par le bypass gastrique. Cette double cause des hypoglycémies rendait la situation de la recourante particulière et instable et non pas la seule présence d'un diabète de type 1. Le Dr F. _____ s'est au demeurant avoué perplexe

quant aux mesures médicales proposées par le Dr M._____ pour améliorer la variabilité glycémique et diminuer le risque d'hypoglycémie. Modifier le débit de base d'une pompe automatique n'avait aucune incidence puisqu'en mode automatique, le débit d'insuline était automatiquement adapté par la pompe.

Il sied de rappeler au demeurant que l'expert N._____ avait précisément considéré qu'en raison de la complexité de la maladie diabétique, soit l'interaction du syndrome de dumping avec le diabète de type 1, il convenait de retenir une capacité de travail de 35 % dans une activité adaptée. Si l'on compte deux à huit épisodes d'hypoglycémie par jour (cf. rapport du Dr F._____ du 14 mai 2025) à raison d'une récupération de trente minutes, on peine à comprendre comment il est possible de retenir une capacité de travail de 80 % compte tenu de la fatigue que ces variations entraînent chez l'assurée. La baisse de rendement ne saurait dès lors se limiter à se resucrer fréquemment. A cet égard, le Dr F._____ (rapport du 11 février 2025, p. 3) a expliqué que malgré l'utilisation d'une pompe à insuline en circuit fermé, la survenue d'une hypoglycémie affectait de manière importante et prolongée les capacités fonctionnelles ou les capacités d'une personne sujette à de telles hypoglycémies et qu'il est impensable que l'intéressée puisse simplement corriger l'hypoglycémie et ensuite reprendre son travail comme si de rien n'était.

d) Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office intimé à considérer que l'état de santé de la recourante s'était amélioré au mois de mars 2021 au point qu'elle aurait recouvré une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle d'assistante en intégration ainsi que dans toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Les perspectives d'amélioration ne sont pas suffisantes et n'ont pas été vérifiées par la suite, surtout au vu de la complexité de l'origine et de l'expression des hypoglycémies, qui aurait nécessité que l'expert diabétologue M._____ s'enquiert auprès du médecin spécialiste traitant de la réalité du cas de l'assurée (cf. rapport du Dr F._____ du 11 février 2025).

8. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 ; 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il s'avère que le volet de médecine interne de l'expertise pluridisciplinaire d'E._____ comportant un volet diabétologique n'est pas probant. L'instruction doit dès lors être complétée et actualisée. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - cette situation apparaissant comme la plus opportune. Au vu de l'aggravation de l'atteinte à la santé annoncée en 2021 par la recourante et des conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 19 janvier 2024 qui tient compte des limitations fonctionnelles retenues par E._____, il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise en endocrinologie/diabétologie apte à établir une appréciation dûment motivée, propre à la spécificité du cas de l'assurée, quant à une éventuelle amélioration de la capacité de travail en mars 2021 depuis le rapport d'expertise du Dr N._____ du 20 septembre 2018.

c) Dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale de la recourante, il n'y a pas lieu de se déterminer plus avant sur la question de l'enregistrement sonore de l'expertise en diabétologie : on se limitera à préciser qu'à partir du

moment où l'assurée avait requis un enregistrement sonore et que d'emblée il ne peut avoir lieu pour des motifs techniques, il convient de reporter l'examen clinique et de s'assurer que les aspects techniques sont désormais remplis.

d) De même, le renvoi de la cause à l'intimé afin de compléter l'instruction dispense en l'état de donner suite aux réquisitions de preuves formulées par la recourante tendant à son audition personnelle et à celle du Dr F._____.

9. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

10. a) 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 intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 janvier 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alex Matos, avocat (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :