

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Jugement du 3 avril 2025

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mmes Durussel, juge, et Peris, assesseure  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à **Q.**\_\_\_\_\_, demanderesse, représentée par Me Jean-Michel  
Duc, avocat à Lausanne,

et

**CAISSE DE PENSIONS D.**\_\_\_\_\_, à **H.**\_\_\_\_\_, défenderesse, représentée  
par Me Lorenz Fivian, avocat à Morat.

---

**Art. 23 let. a LPP**

## **E n f a i t :**

**A.**           **a)** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la demanderesse), née en 1984, de nationalité portugaise, a suivi sa scolarité au Portugal, puis une école d'œnologie et de viticulture, au Portugal également, de 2000 à 2003. Elle est titulaire d'un diplôme de viticulture et œnologie qui lui a été délivré au terme de cette formation. En 2003, elle a travaillé comme « technicienne en œnologie » dans une cave au Portugal. Elle a ensuite travaillé comme magasinière/caissière dans un supermarché (2003-2004), vendeuse de voitures/réceptionniste (2004) et gérante dans un café-restaurant (2005-2006). Elle est arrivée en Suisse en 2007, et y a travaillé comme dame de cafétéria, du 26 novembre 2007 au 3 mars 2009, pour G.\_\_\_\_\_ SA (25 heures par semaine), et comme nettoyeuse pour F.\_\_\_\_\_ SA (10 heures par semaine), du 9 novembre 2007 au 31 mars 2009. Elle est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C).

K.\_\_\_\_\_ présente depuis l'enfance des pieds plats pour lesquels elle a subi plusieurs interventions chirurgicales. Elle s'est notamment soumise à une opération à l'âge de six ans pour la mise en place d'implants dans l'articulation sous-astragalienne des deux avant-pieds, à une arthrodèse sous-astragalienne de l'arrière-pied gauche à l'âge de treize ans et à une triple arthrodèse de l'arrière-pied droit (arthrodèse astragalo-calcanéenne, calcanéo-cuboïde et arthrodèse astragalo-scaphoïdienne) à l'âge de vingt ans. Les suites opératoires ont été marquées par la persistance de douleurs externes péri-malléolaires. En août 2008, à la suite d'une entorse, les douleurs ont été exacerbées, toujours dans la région péri-malléolaire externe ainsi qu'au niveau du dos du pied, à droite. En raison d'une déformation en valgus de l'arrière-pied et du médio-pied, une ostéotomie de médialisation du calcaneum, une ostéotomie d'adduction du Chopart et un toilettage articulaire antérieur, ainsi qu'une ablation des trois agrafes mises en place précédemment, ont été pratiquées le 10 février 2009 à l'Hôpital J.\_\_\_\_\_. Lors d'un contrôle post-opératoire, le 26 mai 2009, la patiente a fait état de douleurs persistantes au niveau du pied, de la face plantaire et en regard du calcaneum, un important œdème du pied et de la jambe droite, faisant

suspecter un problème de thrombose profonde, a été constaté. Le pronostic demeurait réservé et la patiente présentait une incapacité de travail totale dans la profession de serveuse (rapport du 3 juin 2009 des Drs V.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, respectivement médecin et chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_). L'assurée a été licenciée, avec effet au 31 mars 2009 par F.\_\_\_\_\_ SA et par G.\_\_\_\_\_ SA. Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 avril 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Entre autres mesures d'instruction, l'office AI a confié au Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), la réalisation d'un examen clinique orthopédique de l'assurée. Dans un rapport du 25 juillet 2011, il a notamment exposé ce qui suit :

« [...]

**Plaintes actuelles**

Actuellement, l'assurée marche sans canne avec une discrète boiterie. Elle se plaint de douleurs à la face antérieure de sa cheville, tant du côté latéral que médian, ainsi que d'œdème de son avant-pied. Les douleurs apparaissent dès les premiers pas, au dérouillage, elles augmentent avec l'activité. L'assurée peut marcher à plat environ 30 min, après quoi les douleurs augmentent pour arriver jusqu'à 8/10 à l'échelle visuelle. Elle se plaint aussi d'œdème de l'avant-pied D [droit] qui apparaît malgré l'utilisation de bas de soutien. La marche en terrain irrégulier provoque des douleurs plus rapidement. Elle a des difficultés pour monter ou descendre les escaliers. En position assise, elle a aussi des douleurs en regard de la face antérieure de sa cheville D évaluées à 3/10 à l'échelle visuelle. Elle peut rester néanmoins assise environ 1 heure. En position couchée, elle a des douleurs à sa cheville D, lorsqu'elle mobilise celle-ci.

[...]

**DIAGNOSTICS**

**- avec répercussion durable sur la capacité de travail**

- . PIEDS PLATS VALGUS BILATERAUX
- . STATUS APRES ARTHRODESE SOUS-ASTRAGALIENNE A G [gauche].
- . STATUS APRES TRIPLE ARTHRODESE DE L'ARRIERE-PIED D.
- . DOULEURS PERSISTANTES DE LA CHEVILLE ET DU PIED D. Q66.5

**- sans répercussion sur la capacité de travail**

- . HYPERTENSION ARTERIELLE EN TRAITEMENT
- . STATUS APRES ENTORSE EXTERNE DE LA CHEVILLE D.

### **APPRECIATION DU CAS**

Assurée âgée de 27 ans. Elle a été opérée au Portugal à l'âge de 6 ans pour des pieds plats valgus. A l'âge de 13 ans, ils ont fait une arthrodèse sous-astragaliennne de l'arrière-pied à G avec évolution satisfaisante. A D, en 2005, elle a bénéficié d'une triple arthrodèse de l'arrière-pied à D au Portugal. En août 2009, suite à un mouvement forcé de la cheville, des douleurs intenses de la cheville et de l'arrière-pied D sont apparues. Elles persistent malgré le traitement conservateur. En février 2009, elle a bénéficié d'une ostéotomie de médialisation du calcaneum et d'adduction du Chopart. L'évolution n'est pas favorable. Les douleurs persistent malgré le traitement conservateur et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en mars 2010. Etant donné la persistance de douleurs, les chirurgiens de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_ ont suspecté un conflit latéral entre la pointe du péroné, l'astragale et le calcaneum. Un ct-scanner a confirmé ce conflit. Une résection du conflit latéral a été effectuée le 21.09.2010. Les suites ne sont pas favorables, les douleurs persistent, ainsi qu'un œdème des avant-pieds, plus marqué à D qu'à G.

Sur le plan professionnel, il est clair que Mme K. \_\_\_\_\_ ne peut plus exercer un métier debout, comme ceux qu'elle a exercés jusqu'au mois d'août 2008. Dans le cadre des MOP [mesures d'orientation professionnelle], elle a fait un stage OSEO [Œuvre suisse d'entraide ouvrière], des cours de français et un stage pratique en tant que caissière auprès de D. \_\_\_\_\_ du 17.11 au 05.12.2009. Lors de ces stages, l'assurée déclare avoir eu une exacerbation des douleurs à la fin de la journée de travail. Le Dr L. \_\_\_\_\_ estime dans son rapport du 18.05.2011 que dans une activité adaptée, assise, la capacité de travail de l'assurée n'excède pas le 50 %, en raison de l'œdème et des douleurs du pied D. Il considère que ceci devrait faire l'objet d'une évaluation au poste de travail, qu'il n'est pas en mesure de réaliser.

Après avoir examiné attentivement l'assurée et son dossier, nous considérons qu'elle ne peut plus exercer les métiers qu'elle a eus jusqu'en août 2008. Dans un travail parfaitement adapté, nous estimons que la capacité de travail de l'assurée n'est pas complète en raison des douleurs et de l'œdème. Une diminution de 25 % me semble raisonnable, pour lui permettre de faire des pauses. L'antalgie est largement susceptible d'être améliorée. L'œdème peut être contrôlé avec un bas de compression et des périodes de surélévation de la cheville, régulièrement. Cette capacité de travail est exigible 6 mois après l'intervention de février 2009. Suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, un arrêt de travail de 1 mois est justifié. Suite à l'intervention de septembre 2010, un arrêt de travail de 1 mois est justifié.

### ***Limitations fonctionnelles***

Travail sédentaire ou semi-sédentaire. De courts déplacements à plat sont possibles. Doit éviter le port de charges, de s'accroupir ou de se mettre à genoux, d'utiliser des escaliers et de marcher en terrain irrégulier.

[...] »

Le 5 août 2011, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a proposé de se fonder sur les constatations du Dr S.\_\_\_\_\_ et d'admettre une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée, telle que décrite par ce médecin, depuis septembre 2009, avec un mois d'incapacité de travail totale ensuite de l'intervention chirurgicale pratiquée en septembre 2010.

Par décision du 9 janvier 2012, l'office AI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles présentée par l'assurée.

**b)** Le 13 février 2012, K.\_\_\_\_\_ a interjeté devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un recours de droit administratif contre cette décision, dont elle a demandé, en substance, la réforme en ce sens qu'un trois-quarts de rente lui soit alloué dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009, ainsi qu'une aide au placement et des mesures de réadaptation, sous suite de frais et dépens.

Après avoir reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement (communication du 29 mai 2012), l'office AI a pris en charge les frais d'un stage d'orientation professionnelle auprès de D.\_\_\_\_\_, comme caissière à un taux de 40 à 50 % du 29 octobre au 21 décembre 2012.

L'assurée a ensuite suivi un stage de caissière pour D.\_\_\_\_\_, à W.\_\_\_\_\_, du 18 mars au 31 mai 2013, prolongé jusqu'au 31 août 2013, à 50 %. Le stage a débouché sur l'engagement de l'assurée par la société coopérative D.\_\_\_\_\_, du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au mois d'août 2022, à 50 %.

Par arrêt du 5 février 2015 (causes AI 33/12 & AI 300/12 - 34/2015), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision du 9 janvier 2012. En bref, elle a retenu que l'intéressée disposait, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009, d'une capacité résiduelle de travail de 75 % dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité sédentaire ou semi-sédentaire, de courts déplacements à plat restant toutefois possibles. Elle devait éviter de porter des charges, de s'accroupir

ou de se mettre à genoux, de même que d'utiliser des escaliers ou de marcher en terrain irrégulier. La capacité résiduelle de travail de 75 % portait sur une activité à plein temps, mais permettant l'aménagement de pauses pour surélever la cheville.

**B.**           **a)** Le 7 mars 2018, K. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une aggravation de son état de santé, en ce sens qu'elle ne parvenait plus à travailler debout. Elle a joint à sa demande un rapport établi le 13 février 2018 par le Prof. E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, évoquant une décompensation d'une pathologie sévère au pied droit à la suite de l'accident survenu au mois d'août 2008.

Le 10 avril 2018, l'assurée a transmis le rapport d'expertise judiciaire établi le 25 septembre 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans le cadre d'un litige ayant opposé l'intéressée à l'Etat de Vaud à propos d'un manque d'information avant et après l'intervention chirurgicale pratiquée le 10 février 2009.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 1<sup>er</sup> mai 2018, l'assurée travaillait comme caissière à 50 % auprès de D. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Le 8 janvier 2019, l'assurée a communiqué à l'office AI un rapport dressé le 10 décembre 2018 par la Dre U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, dans lequel cette médecin posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen). Elle expliquait que ce trouble évoluait en rechutes dépressives avec des intervalles libres de symptômes, non sans souligner que le risque de suicide était élevé.

A la demande du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, la Dre U. \_\_\_\_\_ a rédigé un nouveau rapport daté du 26 mai 2020, dans lequel elle retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel

léger - moyen). D'après cette médecin, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité de caissière, considérée comme adaptée, depuis le 6 septembre 2018.

Se prononçant sur les éléments médicaux recueillis, le Dr N. \_\_\_\_\_ a conclu en ces termes son avis médical du 30 septembre 2020 :

« Nous ne disposons d'aucun élément précis pour justifier une aggravation des lésions des membres inférieurs. Le médecin traitant évoque une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % quand l'expert judiciaire l'estime à 75 voire 100 %. Les limitations fonctionnelles rapportées sont identiques à celles déjà connues. Nous notons que le médecin du sport estime aussi la capacité de travail dans l'activité habituelle et la capacité de travail dans une activité adaptée à 70 %, ce qui rapproche de l'estimation expertale de 2017. Il n'y a pas eu d'intervention ou de nouvel accident sur les pieds depuis l'expertise susceptible de modifier véritablement leur état. Nous admettons donc l'avis de l'expert en retenant un taux médian de 87 %. Le taux est supérieur à celui retenu par le SMR lors de la première demande et il n'est donc pas possible d'admettre une aggravation de l'atteinte des pieds et de la cheville. Concernant les troubles psychiques, ceux-ci sont anciens et le rapport d'examen SMR du 25 juillet 2011 mentionne d'ailleurs un traitement par Trittico 50 et Alprazolam. Il a donc été tenu compte de l'état psychique lors de l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée à 75 %. L'accouchement [le 31 mai 2019, réd.] s'est bien déroulé et l'assurée a repris son activité au taux contractuel de 50 %. Ce taux est d'ailleurs celui retenu comme capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée par la psychiatre, sans cohérence avec le diagnostic d'épisode léger à moyen, ni avec les journées décrites de l'assurée montrant une absence de limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne, ni avec l'absence de traitement anti-dépresseur. De plus, la psychiatre retient l'amélioration depuis mai 2019 sans la répercuter sur la capacité de travail dans une activité adaptée estimée à 50 % depuis septembre 2018. Dans ces conditions, nous n'acceptons pas l'estimation faite des capacités de travail par la psychiatre sans la re-questionner ».

Dans un rapport du 18 novembre 2020, la Dre U. \_\_\_\_\_ a expliqué que le taux d'activité de 50 % (d'un temps complet) en tant que caissière auprès de D. \_\_\_\_\_ représentait le maximum de ce que sa patiente était en mesure de fournir, dès lors qu'une augmentation de ce taux comportait le risque de conduire à une rechute anxio-dépressive.

Le 16 avril 2021, l'assurée a fait l'objet d'une intervention chirurgicale sous la forme d'un rallongement du gastrocnémus de la jambe gauche, d'une ostéotomie de médialisation du calcanéum du pied gauche et d'une arthrodèse de l'articulation talo-naviculaire du pied gauche. Tout en observant une évolution favorable (rapport de consultation du 6 juillet 2021), le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté une incapacité totale de travail dès la date de l'opération (cf. certificats médicaux des 29 avril, 25 mai, 6 juillet et 30 août 2021).

En réponse aux questions de l'office AI, la Dre U.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 12 octobre 2021, que sa patiente présentait un trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère) et qu'elle avait, le 2 septembre 2021, fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse. Aussi la capacité de travail était-elle nulle depuis le début du mois de septembre 2021.

Dans un avis du 19 novembre 2021, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a fait les remarques finales suivantes :

« Il existe une aggravation de l'état fonctionnel des membres inférieurs avec une intervention nécessaire en avril 2021 sur le pied gauche. Si nous admettons bien une incapacité de travail de 100 % depuis cette date, il n'y a pas lieu de retenir une période d'incapacité durable antérieure. En effet, l'étude des périodes d'incapacité de travail depuis 2018 montre de nombreuses absences mais entrecoupées de temps de reprise sans incapacité de travail de plus d'un mois. Nous confirmons donc bien le 16 avril 2021 comme début de l'incapacité de travail durable. En septembre 2021, l'état des pieds s'améliore mais l'assurée décompense sur le plan psychiatrique justifiant à ce titre d'une incapacité de travail de 100 %. Actuellement, la psychiatre fournit un status de dépression sévère pas vraiment cohérent avec la journée décrite ni avec le traitement ».

Réinterpellée par l'office AI, la Dre U.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 14 mars 2022, posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité. Le pronostic était réservé.

Également invité par l'office AI à s'exprimer sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait mention, dans un rapport du 28 mars 2022, d'une détérioration de l'état des deux pieds au cours des deux à trois dernières années. En raison du développement d'une arthrose de l'articulation talo-naviculaire du pied gauche, une arthrodèse de cette articulation ainsi qu'une correction de l'arrière-pied par une ostéotomie de médialisation du calcanéum a été réalisée au mois d'avril 2021. Malgré le traitement administré, des douleurs persistaient à la marche, si bien que la capacité de travail n'excédait pas 50 % dans une activité évitant la position debout et les déplacements, ainsi que toute charge sur les pieds.

Le Dr N.\_\_\_\_\_ a conclu son avis médical du 11 avril 2022 en ces termes :

« Nous avons repris en détail l'ensemble des documents. L'assurée est passée à 50 % d'activité comme caissière à une date qui n'est pas claire et qui devrait être précisée par l'employeur (début 2018 ?). Elle attribue cette diminution de taux à son état de santé. Nous notons qu'en avril 2017, l'expert judiciaire retenait une capacité de travail dans une activité adaptée en position assise de 75-100 %. Nous n'avons aucun élément pour estimer qu'il y a eu une aggravation sur ce plan avant et l'absentéisme était minime en 2017 et sur les premiers mois de 2018. La psychiatre traitante évoque une réactivation en septembre 2018 d'un trouble dépressif récurrent existant depuis 2003. Elle retient une capacité de travail de 50 %. Il existe ensuite une aggravation de l'état fonctionnel des membres inférieurs avec une intervention nécessaire en avril 2021 sur le pied gauche. En septembre 2021, l'état des pieds s'améliore mais l'assurée décompense sur le plan psychiatrique, justifiant à ce titre d'une incapacité de travail de 100 %. Aujourd'hui, l'assurée aurait une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique et de 50 % sur le plan orthopédique. Celle-ci nous paraît cohérente avec l'anamnèse de l'assurée mais nous sommes nettement moins convaincus sur le plan psychiatrique (avec une assurée qui fait le projet d'un enfant puis mène à bien sa grossesse, qui a l'énergie de partir au Portugal en janvier 2022, qui n'a jamais été hospitalisée malgré plusieurs tentamen et un épisode sévère qui dure depuis plusieurs années). Nous ne le sommes pas vraiment par le fait que le passage à 50 % de l'assurée début 2018 soit la conséquence de son état de santé. Nous remercions la gestionnaire de clarifier avec l'employeur à quel moment le taux d'activité est passé de 100 à 50 %. Devant des discordances de taux de capacité de travail, des fortes imprécisions dans la chronologie des atteintes, nous souhaitons une expertise bi-disciplinaire (...).

Nous remercions les experts de reconstituer avec la plus grande précision l'historique des incapacités de travail et des capacités de

travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et, en particulier, de fixer à quelle date les atteintes sont devenues incapacitantes ».

Pour ce faire, l'office AI a confié à R. \_\_\_\_\_ Sàrl à I. \_\_\_\_\_ le soin de procéder à l'expertise bi-disciplinaire de l'assurée, laquelle comportait un volet de chirurgie orthopédique (Dr Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) et un volet psychiatrique (Dr A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 23 août 2022, les experts ont posé les diagnostics pertinents - sur le plan orthopédique - de status après arthrodèse sous-talienne bilatérale au Portugal et de status après arthrodèse talo-naviculaire du pied gauche avec allongement du gastrocnémien selon Strayer et ostéotomie de médialisation du calcaneus gauche, ainsi que - sur le plan psychiatrique - celui de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2).

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, les experts ont fourni les « réponses interdisciplinaires » suivantes :

« **Au plan orthopédique**

La capacité de travail est de 50 % dans l'activité de caissière, environ 6 mois après l'arthrodèse du pied gauche du 16 avril 2021.

**Au plan psychiatrique**

La capacité de travail a toujours été de 100 % depuis au moins son arrivée en Suisse ».

Sous l'intitulé « résumé interdisciplinaire », les experts se sont exprimés en ces termes :

« La capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50 % environ 6 mois après l'arthrodèse du pied gauche du 16 avril 2021. L'activité de caissière peut être maintenue.

Il s'agit d'une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes :

- les marches en terrains irréguliers
- les marches prolongées
- les positions statiques debout prolongées
- le port de charges de plus de 5 kg
- les travaux accroupis et/ou à genoux ».

Dans un rapport complémentaire du 27 octobre 2022, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'état des deux pieds de l'assurée s'était péjoré « par rapport à l'examen SMR de 2011 mais également par rapport à l'expertise judiciaire du Dr B.\_\_\_\_\_ de 2017 ». Compte tenu de la dégradation arthrosique des deux pieds, l'expert estimait que la capacité de travail de l'intéressée dans l'activité de caissière ne dépassait pas 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles retenues dans le rapport du 23 août 2022.

En raison de la persistance de douleurs, une scintigraphie a été réalisée le 12 septembre 2022. Cet examen a mis en évidence une arthrose de plus en plus importante de l'articulation naviculo-cunéiforme des deux côtés, mais principalement à droite. Selon le Dr X.\_\_\_\_\_, il s'agissait d'une réelle aggravation de la situation avec le développement de cette arthrose de l'articulation naviculo-cunéiforme des deux côtés, consécutive aux arthrodèses réalisées sur l'arrière-pied (rapport du 4 octobre 2022). A la demande de l'office AI, ce médecin a indiqué, le 26 octobre 2022, que la capacité de travail demeurait nulle dans l'activité habituelle et que seule une activité exercée en position assise était envisageable.

Le 3 novembre 2022, l'assurée a transmis un rapport établi le 31 octobre 2022 par la Dre U.\_\_\_\_\_, dans lequel cette dernière exposait ses critiques à l'endroit du volet psychiatrique de l'expertise de R.\_\_\_\_\_ Sàrl, tout en réaffirmant que la capacité de travail de sa patiente demeurait nulle en toute activité en raison du trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), dont elle souffrait.

Dans un avis médical du 30 novembre 2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ a, sur la base des renseignements médicaux versés au dossier, formulé les conclusions suivantes :

- « - L'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis avril 2017 en raison d'une arthrose tibio-talienne et naviculo-cunéenne droites ayant nécessité une arthrodèse.
- L'incapacité de travail est de 50 % d'avril 2017 au 15 avril 2021 puis totale depuis le 16 avril 2021.

- La capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle.
- La capacité de travail dans une activité adaptée est de 85 % d'avril 2017 au 15 avril 2021. Elle est nulle du 16 avril 2021 au 28 février 2022. Elle est de 50 % du 1<sup>er</sup> mars 2022 au 11 septembre 2022 puis devient à nouveau nulle depuis cette date.
- Les limitations fonctionnelles sont : la marche en terrains irréguliers ou prolongée, les positions statiques debout prolongées, le port de charges de plus de 5 kg, les travaux accroupis et/ou à genoux ».

Par projet de décision du 3 février 2023, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui allouer, du 1<sup>er</sup> avril au 31 août 2022, une rente d'invalidité s'élevant à 47,5 % d'une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 49 %, puis dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022, une rente entière d'invalidité. Une copie de ce projet a notamment été adressée à la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ (ci-après également : la défenderesse).

Par courrier du 15 février 2023, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a indiqué présenter des objections à ce projet de décision et demandé que le dossier complet lui soit communiqué afin de pouvoir motiver sa contestation. Après avoir pris connaissance du dossier, elle a constaté que ses objections, déposées à titre préventif, n'étaient pas fondées, si bien qu'elle a déclaré les retirer (courrier du 1<sup>er</sup> mars 2023).

Par décisions des 24 mars et 18 avril 2023, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, conformément à son projet de décision du 3 février 2023. Ces deux décisions ont été communiquées à la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_.

**b)** Par courrier du 4 juillet 2023, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle n'entendait pas lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle, dans la mesure où l'incapacité de travail était survenue en 2008, période pendant laquelle elle n'était pas affiliée auprès de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. D'ailleurs, depuis la survenance de l'incapacité de travail en 2008, ni la connexité temporelle ni la connexité matérielle n'avaient été interrompues, si bien qu'il n'incombait pas à la caisse de verser une rente d'invalidité.

Représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat, l'assurée a, par courrier du 3 août 2023, critiqué le refus de prester de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'affirmait cette dernière, elle estimait que l'incapacité de travail déterminante était survenue en 2017, alors qu'elle était affiliée auprès de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. De plus, cette incapacité était due à des atteintes différentes de celles qui prévalaient en 2008, aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique.

Le 7 septembre 2023, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a maintenu son refus de verser une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle à l'assurée. Elle a observé que l'incapacité de gain ayant conduit à l'aggravation de l'invalidité était survenue en 2008. Or il ressortait du dossier constitué que l'aggravation de l'état de santé était due à des problèmes somatiques, ce qui avait conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité de 47,5 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2022, puis de 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022. D'après les experts de R.\_\_\_\_\_ Sàrl, les diagnostics de troubles dépressifs récurrents et d'épisodes dépressifs légers à moyens n'avaient pas de répercussions sur les activités de la vie quotidienne ni sur la capacité de travail, ce qui avait été confirmé par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, dans son avis médical du 30 novembre 2022.

**C. a)** Par demande du 25 octobre 2023, K.\_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de Me Duc, a ouvert action devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_, concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que la Caisse précitée soit condamnée à lui verser de plus amples prestations LPP, notamment une rente d'invalidité d'un taux de 47,5 % du 1<sup>er</sup> avril au 31 août 2022, puis une rente entière dès le 1<sup>er</sup> septembre 2022. Sur le fond, l'assurée a, en substance, invoqué ses rapports de travail avec la société coopérative D.\_\_\_\_\_ et les rapports d'affiliation en découlant auprès de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_, en lien avec une incapacité de travail ininterrompue depuis avril 2017, soit pendant la période de prévoyance et la décision de l'office AI du 24 mars 2023 non contestée par la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans sa réponse du 6 décembre 2023, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a exposé en quoi le lien de connexité temporelle entre l'incapacité de gain survenue en 2008 à la suite d'une entorse et la nouvelle période d'incapacité de travail ayant débuté en 2017 n'avait jamais été interrompu. En effet, après avoir été mise au bénéfice de mesures de réinsertion par l'office AI dans le cadre de sa première demande de prestations, l'assurée avait été engagée par D.\_\_\_\_\_ à 50 % à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013, taux demeuré inchangé par la suite. Concernant la connexité matérielle, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a relevé que la rente d'invalidité de 47,5 % allouée à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022, puis la rente entière d'invalidité servie à partir du 1<sup>er</sup> septembre suivant, trouvaient leur justification dans les problèmes présentés par l'assurée aux deux pieds, à savoir une atteinte à la santé identique à celle ayant conduit à une incapacité partielle de travail en 2008. Il en résultait que la connexité matérielle n'avait pas non plus été interrompue, ce d'autant que, selon les experts de R.\_\_\_\_\_ Sàrl, la capacité de travail avait toujours été de 100 % sur le plan psychiatrique. Par conséquent, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet de la demande, non sans demander que le dossier de l'assurée constitué par l'office AI soit versé à la procédure.

**c)** Par réplique du 15 février 2024, l'assurée a plus particulièrement souligné que son invalidité reposait non seulement sur des atteintes somatiques, mais également sur des troubles psychiatriques. Quand bien même l'expert psychiatre A.\_\_\_\_\_ leur avait dénié tout caractère incapacitant, il n'en demeurait pas moins que la psychiatre traitante U.\_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité totale de travail dans toute activité lucrative en lien avec un trouble dépressif. Aussi fallait-il admettre que l'invalidité reposait sur des atteintes à la santé pour lesquelles l'incapacité déterminante s'était manifestée pendant son affiliation auprès de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. Partant, l'assurée a déclaré confirmer l'intégralité de ses conclusions.

**d)** Dupliquant en date du 18 mars 2024, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a expliqué que ni la connexité temporelle, ni la connexité

matérielle n'avaient été interrompues entre la décision de l'office AI du 9 janvier 2012 et le dépôt de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en mars 2018. En effet, la capacité de travail de l'assurée n'avait jamais été supérieure à 75 % en théorie et à 50 % en pratique ; quant aux atteintes à la santé, elles avaient dès le départ été d'ordre orthopédique et d'origine congénitale. Ainsi, l'incapacité déterminante s'était manifestée avant l'affiliation de l'intéressée auprès de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_, si bien que celle-ci n'était « pas compétente pour le versement d'une rente d'invalidité ».

**e)** A la demande de la Juge instructrice du 21 mai 2024, le dossier de l'assurée auprès de l'assurance-invalidité a été versé à la procédure.

**f)** Dans son écriture du 12 juin 2024, la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle renonçait à déposer des déterminations.

### **E n d r o i t :**

**1.** Aux termes de l'art. 73 LPP (loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité ; RS 831.40), chaque canton désigne un tribunal qui connaît, en dernière instance cantonale, des contestations opposant institutions de prévoyance, employeurs et ayants droit (al. 1). Les cantons doivent prévoir une procédure simple, rapide et, en principe, gratuite ; le juge constatera les faits d'office (al. 2). Le for est au siège ou domicile suisse du défendeur ou au lieu de l'exploitation dans laquelle l'assuré a été engagé (al. 3). Sous réserve de ces dispositions, la procédure est régie dans le canton de Vaud par les art. 106 ss LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) relatifs à l'action de droit administratif. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente conformément à l'art. 93 al. 1 let. c LPA-VD.

En l'occurrence, le siège de la défenderesse se trouve à H.\_\_\_\_\_, dans le canton de Zurich, mais la demanderesse a exercé son activité lucrative dans le canton de Vaud.

**2.** Le litige a pour objet la question de savoir si la demanderesse peut prétendre à une rente d'invalidité de la prévoyance professionnelle de la part de la défenderesse à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022.

**3. a)** Aux termes de l'art. 23 al. 1 let. a LPP, ont droit à des prestations d'invalidité les personnes qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'assurance-invalidité et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

L'art. 24a LPP, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705), dispose que la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1) ; pour un taux d'invalidité au sens de l'AI compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité au sens de l'AI supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité au sens de l'AI compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47,5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2,5 %).

**b)** Dans les limites de la loi, les institutions de prévoyance sont libres d'adopter le régime de prestations, le mode de financement et l'organisation qui leur conviennent (art. 49 al. 1 LPP). Lorsqu'elles étendent la prévoyance au-delà des prestations minimales, elles doivent alors tenir compte des dispositions expressément réservées à l'art. 49 al. 2 LPP et se conformer aux principes de l'égalité de traitement, de l'interdiction de l'arbitraire et de la proportionnalité (ATF 138 V 176 consid. 5.3 ; 115 V 103 consid. 4b).

**c)** Si une institution de prévoyance reprend explicitement ou par renvoi la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, elle est en

principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 144 V 72 consid. 4.1 ; 138 V 409 consid. 3.1).

La force contraignante de la décision de l'office AI vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent, également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assuré s'est détériorée de manière sensible et durable (ATF 129 V 150 consid. 2.5 ; 123 V 269 consid. 2a et les références citées). Toutefois, la force contraignante des décisions rendues par les organes de l'assurance-invalidité ne s'étend, à l'égard des organes de la prévoyance professionnelle, qu'aux constatations et appréciations qui, dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-invalidité, jouent un rôle véritablement déterminant pour statuer sur le droit à la rente (TF 9C\_758/2017 du 5 mars 2018 consid. 5.2 ; TF 9C\_620/2012 du 16 octobre 2012 consid. 2.3).

**d)** Comme cela ressort du texte de l'art. 23 LPP, les prestations sont dues par l'institution de prévoyance à laquelle l'intéressé est - ou était - affilié lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Ce moment ne coïncide pas avec la naissance du droit à la rente dans l'assurance-invalidité, mais correspond à la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.1 ; 123 V 262 consid. 1b).

La qualité d'assuré doit exister au moment de la survenance de l'incapacité de travail, mais pas nécessairement lors de l'apparition ou de l'aggravation de l'invalidité. Lorsqu'il existe un droit à une prestation d'invalidité fondée sur une incapacité de travail survenue durant la période d'assurance, l'institution de prévoyance concernée est tenue de prendre en charge le cas, même si le degré d'invalidité se modifie après la fin des rapports de prévoyance. Dans ce sens, la perte de la qualité d'assuré ne constitue pas un motif d'extinction du droit aux prestations au

sens de l'art. 26 al. 3 LPP (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 123 V 262 consid. 1a).

**e)** Pour que l'institution de prévoyance reste tenue à prestations, après la dissolution du rapport de prévoyance, il faut non seulement que l'incapacité de travail ait débuté à une époque où l'assuré lui était affilié, mais encore qu'il existe entre cette incapacité de travail et l'invalidité une relation d'étroite connexité. La connexité doit être à la fois matérielle et temporelle (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 130 V 270 consid. 4.1).

Il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité est la même que celle qui s'est déjà manifestée durant le rapport de prévoyance et qui a entraîné une incapacité de travail (ATF 138 V 409 consid. 6.2).

La relation de connexité temporelle suppose qu'après la survenance de l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, la personne assurée n'ait pas à nouveau été capable de travailler pendant une longue période (ATF 138 V 409 consid. 6.2 ; 134 V 20 consid. 3.2.1). Pour constater l'existence ou non d'un lien de connexité temporelle, la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, adaptée à l'atteinte à la santé, est déterminante (ATF 134 V 20 consid. 3.2.2). Il y a interruption de ce lien si la personne assurée a recouvré, dans une telle activité, une capacité de travail de plus de 80 % (ATF 144 V 58 consid. 4.5) et que cette capacité de travail lui permet de réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 20 consid. 5.3 ; TF 9C\_375/2019 du 25 septembre 2019 consid. 4.2).

**f)** Les mêmes principes s'appliquent lorsque plusieurs atteintes à la santé concourent à l'invalidité. Dans cette hypothèse, il ne suffit pas de constater la persistance d'une incapacité de gain et d'une incapacité de travail qui a débuté durant l'affiliation à l'institution de prévoyance pour justifier le droit à une prestation de prévoyance. Il convient au contraire, conformément à l'art. 23 LPP qui se réfère à la

cause de l'incapacité de travail, d'examiner séparément, en relation avec chaque atteinte à la santé, si l'incapacité de travail qui en a résulté est survenue durant l'affiliation à l'institution de prévoyance et est à l'origine d'une invalidité (ATF 138 V 409 consid. 6.3 et les références citées).

**4. a) aa)** Dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022 (applicable au moment des faits déterminants, cf. TF 9C\_954/2011 du 22 mars 2012 consid. 2.2, en l'occurrence à la naissance d'un éventuel droit à une rente d'invalidité), l'art. 32 al. 1 du règlement de prévoyance 2019 de la défenderesse (ci-après : règlement de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ 2019), intitulé « Droit aux prestations, conditions d'octroi et durée du droit à la rente d'invalidité », ont droit à des prestations d'invalidité de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_, les personnes assurées qui sont invalides à raison de 40 % au moins au sens de l'AI fédérale et étaient assurées au moment où est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité ; qui, à la suite d'une infirmité congénitale, étaient atteintes d'une incapacité de travail de 20 % au moins, mais inférieure à 40 %, au début de l'activité lucrative et qui étaient assurées lorsque l'incapacité de travail, dont la cause est à l'origine de l'invalidité, s'est aggravée pour atteindre 40 % au moins ; qui, étant devenues invalides avant leur majorité, étaient par conséquent atteintes d'une incapacité de travail de 20 % au moins, mais inférieure à 40 %, au début de l'activité lucrative et qui étaient assurées lorsque l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité, s'est aggravée pour atteindre 40 % au moins.

Selon l'alinéa 2, le droit à une rente d'invalidité débute après épuisement des prestations de salaire et indemnités journalières représentant au minimum 80 % de la perte de gain et ceci en règle générale après 730 jours d'incapacité de travail totale ou partielle, au plus tôt toutefois selon les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité.

**bb)** Aux termes de l'art. 31 al. 1 du règlement de la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ 2019, est réputée invalidité, au sens de l'assurance-

invalidité fédérale, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

**b)** Il découle de cette disposition que la défenderesse a repris la définition de l'invalidité de l'assurance-invalidité, si bien qu'elle est en principe liée par l'estimation de l'invalidité effectuée par l'office AI, ce d'autant plus qu'elle a reçu tous les actes de la procédure en matière d'assurance-invalidité sans avoir formulé un quelconque désaccord dans ce contexte.

**5.** Pour que la défenderesse soit tenue de prêter, il faut que l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité soit survenue au cours des rapports de prévoyance, soit du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 30 septembre 2022 (art. 10 al. 1 et 3 LPP). Selon la défenderesse, l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité est survenue en 2008 déjà et non pendant la période durant laquelle la demanderesse était affiliée à la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. La demanderesse, quant à elle, fait valoir que les conditions de connexité temporelle et matérielle sont réunies, dès lors que son incapacité de travail est ininterrompue depuis avril 2017 et que l'atteinte psychiatrique à l'origine de son invalidité s'est manifestée pendant sa période de prévoyance.

**6.** Ceci posé, il reste à examiner si la demanderesse peut se prévaloir d'une invalidité présentant un lien de connexité temporelle et matérielle avec l'incapacité de travail survenue lors de l'affiliation à la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ ou si l'incapacité de travail qui est à l'origine de l'invalidité est survenue en 2008 déjà et non pendant la période durant laquelle la demanderesse était affiliée à la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_. Pour ce faire, il y a lieu de se référer aux pièces produites dans le cadre de la présente procédure, ainsi qu'aux éléments résultant de la procédure administrative en matière d'assurance-invalidité dont le dossier a été produit par l'office AI à la suite de la requête de la défenderesse.

**a)** La question du lien de connexité matérielle doit, dans le cas particulier, être tranchée par le biais d'une comparaison entre l'atteinte à la santé responsable de la survenance de l'incapacité de travail initiale, d'une part, et le tableau clinique ayant fait l'objet dès 2018 d'une nouvelle procédure auprès des autorités compétentes en matière d'assurance-invalidité, d'autre part.

**b) aa)** Sur le plan psychiatrique, l'un des termes de comparaison nécessaires à l'examen de la connexité matérielle - à savoir l'existence d'une atteinte à la santé subséquente ouvrant le droit aux prestations d'invalidité - n'est pas donné, l'expertise de R. \_\_\_\_\_ Sàrl ayant écarté toute atteinte incapacitante de ce registre. Sur la base de son examen, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F 41.2). Il a expliqué que celui-ci était une association de symptômes anxieux et de symptômes dépressifs dont la sévérité et la durée n'étaient pas suffisantes pour poser un diagnostic de dysthymie ou de troubles dépressifs récurrents. D'après l'expert, les troubles en question étaient vraisemblablement présents depuis de nombreuses années, voire antérieurs à 2018, puisque des rapports datant de 2011 émanant de confrères somaticiens faisaient mention de traitement par du Trittico 50 (un comprimé le soir) et par de l'Alprazolam une fois par jour. Ces troubles n'avaient toutefois pas été pris en compte ni signalés lors de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité en 2009, dans la mesure où ils n'avaient pas nécessité à ce moment-là de suivi psychiatrique ou psychothérapique, alors même que la personne assurée avait été opérée à plusieurs reprises et avait été confrontée à des difficultés de santé somatiques significatives. De fait, le Dr A. \_\_\_\_\_ a constaté que les troubles présentés par la demanderesse ne l'empêchaient pas d'être autonome dans l'essentiel des tâches élémentaires de la vie quotidienne, de faire les courses, de conduire une voiture, de s'occuper de sa fille et de prendre soin d'elle, d'entretenir un réseau relationnel riche avec ses anciennes collègues de travail, ainsi qu'avec sa famille en Suisse et au Portugal. Il lui arrivait également de passer du temps sur l'ordinateur, d'écouter de la musique, de regarder la télévision et de lire des romans. L'expert a dès lors dénié tout caractère

incapacitant au diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes. Pour le reste, il a encore expliqué que, pendant plusieurs années, bien qu'un diagnostic de troubles dépressifs récurrents et d'épisodes dépressifs ait été posé, aucun traitement antidépresseur n'avait été mis en place. Or, depuis l'introduction d'un tel traitement, c'était le même antidépresseur aux mêmes doses depuis plusieurs mois qui était prescrit, alors que le constat d'échec de ce traitement avait été posé. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a ainsi écarté l'existence d'épisodes dépressifs, quelle qu'en soit l'intensité.

**bb)** La demanderesse ne remet pas en cause le fait que la défenderesse était liée par les décisions de l'office AI et qu'elle-même n'a pas contesté la décision rendue par cet office le 24 mars 2023. C'est dès lors en vain que la demanderesse se prévaut, dans le cadre de la présente procédure, des rapports établis par la Dre U.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, pour faire état d'une atteinte psychiatrique incapacitante survenue durant les rapports de prévoyance.

**c)** Sur le plan somatique, dans le cadre de sa réplique du 15 février 2024, la demanderesse conteste l'absence d'interruption de la connexité matérielle, en faisant valoir que les atteintes fondant la demande de prestations de l'assurance-invalidité du 9 avril 2018 ne sont pas identiques à celles retenues dans le cadre de la décision rendue par l'office AI le 9 janvier 2012.

**aa)** Il est constant que l'assurée présente depuis l'enfance des pieds plats constitutionnels bilatéraux multi-opérés. Elle s'est notamment soumise à une opération à l'âge de six ans pour la mise en place d'implants dans l'articulation sous-astragalienne des deux avant-pieds, à une arthrodèse sous-astragalienne de l'arrière-pied gauche à l'âge de treize ans et à une triple arthrodèse de l'arrière-pied droit (arthrodèse astragalo-calcanéenne, calcanéo-cuboïde et arthrodèse astragalo-scaphoïdienne) à l'âge de vingt ans. Le 24 août 2008, une entorse de la cheville droite survenue en descendant des escaliers a entraîné une tuméfaction et une exacerbation des douleurs dans la région péri-malléolaire externe, ainsi qu'au niveau du dos du pied à droite. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas

d'accidents (CNA). Les médecins consultés ont précisé que les douleurs sont par la suite à mettre en relation avec une surcharge externe dans le cadre d'un pied plat, dont la correction chirurgicale effectuée était insuffisante (cf. rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2008, V.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2009 et S.\_\_\_\_\_ du 25 juillet 2011). La CNA a ainsi mis fin au versement de ses prestations à la date du 27 octobre 2010, date à laquelle elle a considéré que le *statu quo sine* avait été atteint. En raison d'une déformation en valgus de l'arrière-pied et du médio-pied, une ostéotomie de médialisation du calcanéum, une ostéotomie d'adduction de l'articulation de Chopart et un toilettage articulaire antérieur ont été pratiquées le 10 février 2009 à l'Hôpital J.\_\_\_\_\_. L'évolution n'a pas été favorable. Les douleurs ont persisté malgré le traitement conservateur et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en mars 2010. Etant donné la persistance de douleurs, les chirurgiens de l'Hôpital J.\_\_\_\_\_ ont suspecté un conflit latéral entre la pointe du péroné, l'astragale et le calcanéum. Un ct-scanner a confirmé ce conflit. Une résection du conflit latéral a été effectuée le 21 septembre 2010. A nouveau, les suites n'ont pas été favorables, en ce sens que les douleurs ont persisté et qu'un œdème des avant-pieds, plus marqué à droite qu'à gauche, a été constaté. Sur la base de son examen clinique effectué en 2011, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a estimé que la capacité de travail de l'intéressée dans une activité adaptée était de 75 % afin de lui permettre de faire des pauses régulières pour surélever la cheville. Se fondant sur l'appréciation du Dr S.\_\_\_\_\_, l'office AI a, par décision du 9 janvier 2012 confirmée par arrêt de la Cour de céans du 5 février 2015 (CASSO AI 33/12 - 34/2015), rejeté la demande de prestations de l'assurée.

**bb)** Cela étant, il y a lieu de relever que, au moment de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 12 octobre 2009, mentionné qu'il existait des risques importants de persistance de douleurs ainsi que des risques importants de décompensations des articulations avoisinantes sus et sous-jacentes. De son côté, le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a retenu l'existence de douleurs et d'une impotence des deux pieds et de la cheville droite sur pieds plats opérés avec une arthrodèse de l'arrière-pied

droit (code AI 738/03 ; rapport du 12 novembre 2009). A la lumière de l'examen du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 26 mai 2020), le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a retenu le diagnostic d'arthrose de la cheville et du pied droit et gauche (rapport du 19 août 2020). Interpellé par l'office AI, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait mention, dans un rapport du 28 mars 2022, d'une détérioration de l'état des deux pieds au cours des deux à trois dernières années. En dépit du traitement administré, des douleurs persistaient à la marche, si bien que la capacité de travail n'excédait pas 50 % dans une activité évitant la position debout et les déplacements, ainsi que toute charge sur les pieds. Dans leur rapport du 23 août 2022, les experts de R.\_\_\_\_\_ Sàrl ont souligné qu'il n'y avait plus d'intervention chirurgicale programmée au niveau du pied gauche, de sorte que la situation devait être considérée comme stabilisée. Au niveau du pied droit, le bilan radiologique récent permettait de retenir une arthrose talo-naviculaire droite et une arthrose du Chopart du pied droit, susceptibles de justifier des mesures chirurgicales supplémentaires d'arthrodèse ultérieurement. D'après les experts, le travail de caissière effectué par l'assurée à 50 % correspondait parfaitement aux limitations fonctionnelles retenues. Par la suite (rapport complémentaire du 27 octobre 2022), le Dr Y.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée, en particulier au niveau des deux pieds, s'était aggravé depuis l'examen du Dr S.\_\_\_\_\_ effectué en 2011. En effet, dans son rapport du 19 avril 2017 [*recte* : 25 septembre 2017], le Dr B.\_\_\_\_\_ évoquait le développement d'une arthrose tibio-talienne droite et d'une arthrose naviculo-cunéenne droite ; cette évolution était, selon lui, en rapport avec la triple arthrodèse de l'arrière-pied droit pratiquée en 2009. Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, il a demandé la réalisation d'une scintigraphie compte tenu de douleurs persistantes. Effectué le 12 septembre 2022, cet examen a mis en évidence une arthrose importante de l'articulation naviculo-cunéiforme à droite concernant principalement le deuxième et le troisième os cunéiforme. A gauche, ce médecin a relevé la présence d'une hypercaptation au niveau de l'articulation naviculo-cunéiforme, hypercaptation qui pouvait être due à la présence du matériel d'ostéosynthèse. Dans son rapport du 4 octobre 2022, il a estimé que le

développement d'une arthrose de l'articulation naviculo-cunéiforme des deux côtés, consécutive aux arthrodèses réalisées sur l'arrière-pied, représentait une réelle aggravation de la situation, ce qui nécessitait la réalisation d'une intervention chirurgicale planifiée pour le début de l'année 2023.

**cc)** Sur le vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, il convient de retenir qu'il n'y a pas eu d'interruption de la connexité matérielle et temporelle, l'assurée présentant une incapacité de travail partielle de 25 % depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2009 en lien avec des pieds plats constitutionnels bilatéraux multi-opérés.

**7. a)** En conclusion, la demande s'avère mal fondée et doit par conséquent être rejetée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 73 al. 2 LPP), ni d'allouer des dépens à la partie demanderesse, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). La partie défenderesse, qui a procédé dans l'accomplissement d'une tâche réglée par le droit public, n'a pas davantage droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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

- I.** La demande formée le 25 octobre 2023 par K.\_\_\_\_\_ contre la Caisse de pensions D.\_\_\_\_\_ est rejetée.
- II.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc, avocat (pour K. \_\_\_\_\_),
- Me Lorenz Fivian, avocat (pour la Caisse de pensions D. \_\_\_\_\_),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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 :