

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2023

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Bonard et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 al. 1, 59 al. 2^{bis} LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], mariée et mère de trois enfants, sans formation professionnelle, exerçait la profession de femme de chambre. Elle était employée à temps complet dans un établissement hôtelier depuis 2005, pour un salaire mensuel de 4'450 fr., avant que ses rapports de travail ne soient résiliés pour le 30 avril 2012.

a) Par demande datée du 14 février 2012, déposée par l'intermédiaire de l'assurance d'indemnités journalières pour perte de gain de son employeur ([...] SA, ci-après : [...] SA), l'assurée a sollicité une première fois des prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'atteinte à la santé indiquée sur le formulaire de demande était : « Entorse à la cervicale. Traumatisme cervical ». [...] SA a transmis une copie du dossier médical en sa possession à l'OAI, et informé ce dernier que l'incapacité de travail de l'assurée, pour laquelle elle versait des prestations, avait débuté le 23 septembre 2011 et perdurait. [...] SA avait requis une expertise auprès du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ensuite de laquelle elle avait décidé de mettre un terme à ses prestations contractuelles au 31 juillet 2012. Dans son rapport du 8 février 2012, le Dr V._____ avait retenu une capacité de travail entière dans l'activité professionnelle habituelle, avec une diminution de rendement de 20 %, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée légère. Le rapport mentionnait un accident survenu le 2 mars 2010, lors duquel un homme d'entretien de l'hôtel dans lequel travaillait l'assurée était tombé d'un escabeau et s'était réceptionné sur elle. Elle avait alors subi des douleurs cervicales, entraînant une interruption de travail jusqu'au 17 mars 2010, et la persistance des symptômes douloureux après la reprise de l'activité, dans un premier temps au niveau cervical, puis dorsal, ainsi que des épaules et membres supérieurs. Le Dr V._____ posait le diagnostic de cervico-dorsalgies chroniques, et retenait une certaine diminution de la vitesse d'exécution de certaines

tâches impliquant la nuque et la prise d'éventuelles pauses supplémentaires, justifiant une diminution de rendement de 20 %.

Par rapport du 18 septembre 2012, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a informé l'OAI que les troubles pour lesquels l'assurée lui avait été adressée n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail.

Dans un rapport daté du 28 septembre 2012 mais indexé par l'OAI le 16 octobre 2012, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 26 avril 2012. Comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, il retenait depuis 2010 des cervicalgies post-traumatiques (entorse cervicale C4-C5), des lombalgies chroniques secondaires à des discopathies étagées L4-L5, L5-S1, de l'arthrose facettaire et un syndrome du tunnel carpien modéré bilatéral ; depuis 2009, il retenait un syndrome douloureux chronique. Le médecin rapportait qu'un bilan auprès d'un psychiatre n'avait révélé aucun élément de la lignée dépressive, et que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50 % sans diminution de rendement.

Par décision du 26 novembre 2012, suivant l'avis de son Service médical régional de Suisse romande (ci-après : SMR) qui recommandait d'adhérer aux conclusions du Dr V._____, et confirmant son projet du 16 octobre précédent, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, considérant que sa capacité de travail comme femme de chambre était à nouveau entière, avec une diminution de rendement de 20 %, et qu'elle était entière dans une activité adaptée depuis février 2012.

Par rapport du 17 janvier 2013, le Dr L._____ a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques post-traumatiques, de lombalgies chroniques, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral (la main droite ayant été opérée le 6 décembre 2012), d'une surcharge pondérale, d'un déconditionnement physique et de troubles statiques des avant-pieds

(hallux valgus). L'assurée demeurait capable d'exercer des travaux légers à 50 %, mais pas son activité de femme de chambre, qui n'était pas adaptée.

Par rapport du 1^{er} octobre 2013, le Dr L._____ a attesté l'incapacité de travail de l'assurée, qui avait été totale de septembre 2011 à avril 2012, puis partielle dès le 1^{er} mai 2012, puis totale dès le 1^{er} octobre 2013. Elle avait subi une opération du pied gauche en mars 2013, empêchant toute reprise du travail.

b) Par deuxième demande du 10 octobre 2013, l'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité, évoquant de « très fortes douleurs, en augmentation depuis l'accident ».

Dans un rapport du 20 janvier 2014, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une cure d'hallux valgus gauche avec hyperlaxité cunéométatarsienne et métatarsalgies de transfert le 22 mars 2013. L'évolution radiologique et morphologique avait été tout à fait favorable ; toutefois des douleurs résiduelles plantaires avaient persisté, sans explication objective rationnelle. Le Dr L._____ avait évoqué une fibromyalgie, qui pouvait « entrer en ligne de compte dans cette évolution pas tout à fait favorable ».

Par avis médical du 28 février 2014, le SMR a estimé que l'aggravation de l'état de santé alléguée par l'assurée n'était pas étayée, qu'il y avait eu une interruption de travail temporaire en lien avec l'opération du pied gauche, mais qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle durable à la suite de cet évènement, et que les douleurs dont elle se plaignait n'avaient pas de substrat biomécanique.

Par projet de décision du 18 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande.

Par courrier du 2 février 2015, représentée par son assurance de protection juridique, l'assurée a présenté des objections au projet précité. Elle faisait valoir la péjoration de son état de santé depuis l'accident du 2 mars 2010, avec l'augmentation de ses douleurs et symptômes. Elle a produit les pièces suivantes :

- un rapport daté du 22 janvier 2014 du Dr S._____, spécialiste en ophtalmologie, qui posait le diagnostic de myopie progressive et de léger flou visuel à gauche, sans aucune relation avec le traumatisme cervical subi en 2010. Il signalait également la présence de crises de migraine avec aura visuel ;
- un rapport de radiographie de l'épaule gauche du 14 mars 2014, qui était « actuellement normale pour l'âge et la constitution de la patiente » ;
- un rapport d'échographie de l'épaule gauche du 14 mars 2014, mettant en évidence une tendinopathie non-calcifiante du sus-épineux mais surtout du sous-scapulaire, aucun signe de bursite, un possible signe très discret d'une capsulite rétractile, et précisant que la symptomatologie pouvait également être attribuée à une origine cervicale en raison d'une irradiation douloureuse jusqu'à la main gauche ;
- un rapport du Dr L._____ du 30 janvier 2015, selon lequel l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux global, extrêmement invalidant, nécessitant la prise régulière de multiples médicaments, qui n'étaient « pas anodins ». L'assurée avait signalé, dans les suites de l'accident, des crises de somnambulisme avec des risques de chutes nocturnes, et présentait depuis peu des crises de migraine. Le bilan radiographique de l'épaule gauche était compatible avec une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, ce qui pouvait être un handicap dans le métier de femme de chambre, de sorte que cette activité n'était plus possible. Le médecin ajoutait que l'état de l'assurée s'était

« progressivement décompensé depuis l'accident survenu en 2010. Il [était] survenu après un grand stress physique et psychologique dont Mme Z._____ ne [s'était] pas remise », et que le syndrome douloureux se surajoutait à d'éventuelles atteintes organiques en décuplant la sensation douloureuse rendant compliquée l'appréciation d'éventuelles aggravations. L'assurée souffrait de céphalées quasi constantes, l'obligeant à s'allonger et à s'isoler des bruits et de la lumière.

Interpelé par l'OAI sur recommandation du SMR, le Dr L._____ a établi un rapport daté du 24 juin 2015, qui contenait la réponse suivante s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée ménageant le rachis et l'épaule gauche :

« Hormis les plaintes rachidiennes, les arthralgies à la mobilisation des 2 épaules surtout en rotation interne et adduction, la patiente se plaint de gonalgies mécaniques secondaires à une vraisemblable chondropathie rotulienne, liée à l'importante surcharge pondérale. Elle se plaint aussi de talalgies en charge bilatérales (des radiographies seront effectuées prochainement). Le syndrome douloureux, omniprésent ne permet pas d'évaluer sereinement ses capacités résiduelles à travailler dans un emploi adapté. Il y a en outre un trouble vertigineux déclenché lorsqu'elle monte sur un tabouret pour lequel j'ai suggéré à la patiente de demander un avis spécialisé. Ce problème est présent semble-t-il depuis l'accident de mars 2010 ».

Par rapport du 22 septembre 2015, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que le Dr L._____ lui avait adressé l'assurée en raison de douleurs généralisées, qui avaient les caractéristiques et la localisation typiques de la fibromyalgie. L'examen neurologique ne montrait aucun signe suggérant une atteinte du système nerveux central ou périphérique, l'assurée avait déjà passé des IRM cérébrale et cervicale, qui s'étaient révélées dans la norme. Le Dr J._____ notait des conditions cliniques stables depuis 2010. Les céphalées tensionnelles pouvaient avoir une origine médicamenteuse et il n'y avait aucun argument pour le diagnostic de migraines. Le syndrome vertigineux ne trouvait aucun corrélat à l'examen clinique et s'insérait potentiellement dans le contexte de fibromyalgie ou trouble somatoforme douloureux.

L'OAI a recueilli un rapport auprès du Dr Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée. Dans ce rapport, indexé le 29 février 2016, le médecin a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis septembre 2010, et nulle dans une activité adaptée en l'état. Au titre de restrictions, le Dr Y._____ listait une tristesse « +++ », des idées noires, des troubles du sommeil, des vertiges, des migraines, et la perte d'élan vital. Il mentionnait en sus une diminution de la concentration et de l'attention, des difficultés à gérer le quotidien et une tendance à l'isolement.

Par courrier du 16 août 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il estimait nécessaire de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire.

Par courrier du 24 août 2017, Me Philippe Graf a informé l'OAI qu'il représentait les intérêts de l'assurée, avant de déposer des observations, dont une liste de quatorze questions supplémentaires à adresser aux experts.

Par rapport indexé le 19 septembre 2017, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait savoir à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2016. Selon cette médecin, la situation se péjorait de plus en plus, avec peu de bénéfices des thérapies. Elle retenait comme diagnostics un trouble dépressif récurrent (F33.1), traité par médicament, une hypertension artérielle, une insuffisance mitrale discrète à modérée, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil non appareillé, du somnambulisme, un nodule thyroïdien stable, un abcès amygdalien gauche en septembre 2017, un status post cholécystectomie en 2015, et un status post opération d'hallux valgus gauche en 2013. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, même de petites « sorties en famille pour marcher » n'étaient pas possibles selon l'assurée. Pour la

capacité de travail dans une activité adaptée, la Dre Q. _____ renvoyait à l'avis du rhumatologue traitant, le Dr L. _____.

La Dre Q. _____ a en outre transmis à l'OAI plusieurs rapports émanant de médecins ayant suivi l'assurée, datant de 2010 à 2017. Y figuraient notamment :

- Un rapport du Dr D. _____ du 27 mai 2013, qui avait mené un nouvel examen neurologique clinique, consulté une IRM cérébrale du 8 avril 2014 et effectué un électroneuromyogramme. Il concluait son rapport en indiquant que le bilan n'apportait pas la preuve d'une affection neurologique périphérique ou centrale, et que si le bilan rhumatologique n'avait pas clairement mis en évidence une pathologie rhumatismale dégénérative ou inflammatoire, il fallait se tourner vers l'hypothèse d'une forme de syndrome somatoforme douloureux ou de syndrome fibromyalgique.
- Un rapport du 18 septembre 2015 du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui avait suivi l'assurée de juillet 2012 à décembre 2014, après quoi elle n'avait plus pris contact avec le cabinet, et selon lequel elle présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et un syndrome douloureux chronique avec en particulier des cervico-dorsalgies chroniques.
- Une IRM dorsolombaire effectuée le 16 mai 2012, mettant en évidence des discopathies au niveau de la jonction lombo-sacrée et la présence d'hernies discales L4-L5 et L5-S1.
- Une échographie de l'épaule gauche du 15 septembre 2016, qui avait révélé une sublucation antérieure du tendon du long chef du biceps sur très probable lésion de la poulie bicipitale avec déchirure de la partie supérieure et profonde du tendon du sous-scapulaire, ainsi qu'un signe de

tendinopathie du supra-épineux et dans une moindre mesure de l'infra-épineux, avec une probable déchirure interstitielle partielle, et une bursite sous-acromio-deltoïdienne.

c) Les 14, 16 et 22 novembre 2017, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale R.____ (ci-après : le R.____), désigné par la plate-forme SwissMED@P. Le rapport d'expertise, daté du 17 janvier 2018, a été établi par les Drs N.____, spécialiste en médecine interne générale, F.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W.____, spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Les experts ont retenu un unique diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, depuis fin février 2014, soit des lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche portant sur le supra-épineux et le long biceps. Les limitations fonctionnelles associées étaient le port de charges supérieures à 5 kg bras tendus, à 8 kg coude au corps de manière répétitive, et le travail répétitif ou de longue durée avec le membre supérieur gauche maintenu au-dessus de l'horizontale. L'activité habituelle de femme de chambre était impossible depuis fin février 2014 (date du début des douleurs à l'épaule gauche, avec constat objectif des lésions par bilan radiographique et échographique du 14 mars 2014). L'exercice d'une activité adaptée était exigible à plein temps, depuis le 14 mars 2014, hormis lors des incapacités temporaires en rapport avec les interventions chirurgicales sur le canal carpien droit et l'hallux valgus gauche. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, les experts listaient ce qui suit :

- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Traumatisme cervical indirect QTF1 anamnestique le 02.03.2010.
- Syndrome douloureux diffus sans substrat (2010).
- Hallux valgus bilatéral opéré à gauche (mars 2013).
- Chondropathie rotulienne (2016) avec bursite d'accompagnement patte-d'oie bilatérale.
- Cholécystectomie en avril 2015.

- Hypertension artérielle connue depuis 2010.
- Insuffisance mitrale discrète à modérée connue depuis 2010.
- Palpitations.
- Obésité sévère (36,9 kg/m²).
- Syndrome d'apnées du sommeil léger non appareillé.
- Deux nodules de thyroïde stables connus depuis 2013.
- Hépatite médicamenteuse connue depuis avril 2017.

L'on extrait ce qui suit de la partie « synthèse et discussion » du rapport (sic) :

« *Rappel de l'histoire médicale*

Madame Z. _____ fait remonter l'ensemble de ses problèmes de santé à l'accident dont elle a été victime à son travail le 02.03.2010, au cours duquel elle a retenu un collègue qui chutait de la hauteur d'un escabeau, lors de son travail comme femme de chambre dans un hôtel. Les données du dossier font apparaître un traumatisme cervical indirect, une probable lésion ligamentaire C5 a été retenue par le Dr O. _____, rhumatologue, le Dr [...], neurochirurgien a conclu à une hypermobilité relative de C4-05 de l'ordre de 2 mm, sans décoaptation des facettes articulaires et a conseillé l'abstention thérapeutique. Le cas a été soldé par l'assurance accident. L'évolution d'abord favorable jusqu'en mai 2011, selon le Dr O. _____, dans son rapport du 23.12.2011, a été marquée ensuite par une exacerbation des douleurs cervicales, des céphalées intenses, des dorso-lombalgies secondaires diffusant dans la région trochantérienne, aux deux épaules, aux deux membres supérieurs, accompagnées de céphalées. Le diagnostic de syndrome douloureux diffus a été retenu, une éventuelle fibromyalgie a été évoquée. Malgré une chirurgie du canal carpien droit en décembre 2012, les paresthésies des deux membres supérieurs ont persisté. Des gonalgies bilatérales avec des épisodes de blocages du genou gauche ont résisté à des infiltrations qui n'ont apporté, finalement, qu'une amélioration de deux ou trois jours, l'abstention chirurgicale a été recommandée par le Dr [...], chirurgien orthopédiste traitant. Une chondropathie rotulienne bilatérale et une méniscopathie interne du genou gauche, a été retenue, une éventuelle fracture intraspongieuse de l'épiphyse tibiale a été évoquée et laissée à son propre compte. Un hallux valgus bilatéral a été diagnostiqué et opéré à gauche avec un bon résultat anatomique, mais absence d'amélioration, au contraire, puisque Madame Z. _____ a des difficultés de chaussages, porte ses semelles orthopédiques et se plaint de ses insertions calcanéennes de l'aponévrose plantaire et de talalgies postérieures, associées à une maladie de Ledderhose du premier rayon gauche. Les lombalgies ont perduré, sans radiculalgie systématisée, une éventuelle compression radiculaire gauche a été évoquée et l'expertisée a bénéficié d'une infiltration foraminale L4-L5 et L5-S1 le 14.09.2016, avec une amélioration de quelques jours. Enfin, à l'épaule gauche où les radiographies s'étaient avérées normales le 14.03.2014, mais où l'échographe décrivait déjà une tendinopathie du supra-épineux avec déchirure superficielle non transfixiante, une nouvelle échographie a mis en évidence, le 15.09.2016 une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche touchant le supra-épineux, le long biceps et le sous-scapulaire

accompagnée d'une bursite sous-acromiale et, fort justement, aucune indication chirurgicale n'a été retenue. Il ne semble pas qu'une infiltration ait été réalisée à ce niveau.

Des investigations radiologiques ont été menées afin de savoir si les douleurs lombaires basses ne pouvaient pas être en rapport avec une spondylarthrite (CRP augmentée à 20,4 ce jour), deux IRM du bassin réitérées sur la région sacro-coccygienne en raison de la coccygodynie persistante se sont avérées normales, avec absence de sacro-iliite.

Sur le plan psychique, pas d'antécédent psychique.

Accident du travail le 02.03.2010, responsable de toutes ses difficultés psychiques. Symptomatologie anxieuse (intensité modérée à moyenne) et dépressive (intensité modérée à moyenne) réactionnelle ayant nécessité un suivi psychiatrique psychothérapeutique dès juillet 2012. A l'anamnèse, il n'y a pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui empêche totalement de poursuivre les activités sociales, familiales et ménagères, seules les activités professionnelles ont été interrompues.

De juillet 2012 à décembre 2014, le Dr G. _____ psychiatre (rapport du 18.09.2015) retient *les diagnostics (décembre 2014) de syndrome dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2) et de syndrome douloureux chronique, avec en particulier des cervico-dorsalgies chroniques.*

Du 14.09.2015 à fin 2016, suivi du Dr Y. _____ psychiatre (rapport du 09.08 .2016) qui *retient les diagnostics de F33.2 et F454 avec une IT totale. (F33.2) syndrome dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. (F45.4) Syndrome douloureux somatoforme persistant.*

Depuis septembre 2017, il y a eu 4 séances chez la Dresse X. _____.

Prescription de Cipralex fin 2011 et durant une année environ, par la suite prescription d'Efexor, 150 mg par jour, la posologie a été réduite à 75 mg par jour depuis avril 2017 (notion d'hépatite médicamenteuse).

Situation actuelle et conclusions

DIAGNOSTICS

Sur le plan de la médecine interne, l'examen de ce jour a montré une obésité sévère avec un BMI de 36,9 kg/m² et un souffle cardiaque holosystolique ausculté à l'apex et irradie vers le creux axillaire correspondant à une insuffisance mitrale très discrète depuis 2010. Une échocardiographie en mars 2015 a montré une très discrète augmentation de la taille du ventricule gauche, avec une valve mitrale discrètement épaissie, avec régurgitation mitrale discrète à modérée. La capacité de travail reste intacte sans diminution du rendement.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, Madame Z. _____ a présenté le 02.03.2010 un traumatisme indirect du rachis cervical sans lésion ostéo-disco-ligamentaire documentée. Nous nous écartons de l'avis du rhumatologue traitant de l'époque, Dr O. _____, qui indiquait, dans son rapport du 15.02.2011, une probable lésion ligamentaire C5. Nous rejoignons l'avis du

neurochirurgien traitant, Dr [...] et de l'expertise rhumatologique du Dr V._____, qui estimaient que la mobilité C4-05 sans décoaptation articulaire pouvait être estimée comme physiologique. Il s'agissait d'une contusion cervicale bénigne qui a guéri sans séquelle. Les investigations IRM de l'époque n'avaient montré que de minimes lésions dégénératives compatibles avec l'âge. Le diagnostic de traumatisme indirect du rachis cervical QTF1 peut être retenu.

Le tableau douloureux cervical a diffusé aux deux épaules et aux deux membres supérieurs. Une cure chirurgicale du tunnel carpien droit n'a pas fait disparaître les paresthésies au membre supérieur droit, raison pour laquelle il y a eu abstention chirurgicale à gauche. L'examen clinique de l'épaule droite est sensiblement normal. L'examen clinique de l'épaule gauche corrélé aux données de l'échographie du 15.09.2016 permet de retenir le diagnostic de tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, portant sur le supra-épineux et le long biceps gauche (manoeuvre de Jobe et palm up test). Si l'expertisée a eu un comportement un peu majorant dans certains aspects de l'examen clinique, cela n'a pas été le cas pour les membres supérieurs où les constatations sont conformes aux données du dossier. Même si l'expertisée est droitère et qu'il ne s'agit donc pas du membre dominant, cette pathologie est incompatible avec un travail comportant une activité physique engagée, telle que celle de femme de chambre qui nécessite un travail répété avec les membres supérieurs au-dessus du plan de l'horizontale, dans la réfection des lits, le nettoyage des rideaux, des miroirs, etc. Elle justifie des limitations fonctionnelles pour le travail du membre supérieur gauche au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à 5 kg bras tendus, 8 kg bras verticaux, coudes fléchis.

Concernant le rachis cervical et lombaire, en présence d'un syndrome douloureux diffus avec douze points de fibromyalgie positifs sur dix-huit et deux signes de Waddell, avec échec des infiltrations foraminales L4-L5 et L5-S1, on peut retenir que c'est principalement le syndrome douloureux diffus qui est responsable des cervicalgies et des lombalgies. Certes il y a présence de lésions dégénératives lombaires modérées chez une expertisée présentant par ailleurs des troubles de la statique rachidienne dans le plan sagittal et à un degré moindre dans le plan frontal, mais c'est le syndrome douloureux diffus qui est au premier plan. Il n'y a pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles en rapport avec les lésions dégénératives compatibles avec l'âge de l'assurée.

Le diagnostic de coccygodynie sans lésion anatomique objectivable peut être retenu. Il n'entraîne pas de limitation fonctionnelle, mais l'expertisée doit pouvoir avoir la possibilité de se lever quelques instants après une position assise prolongée de plus d'une heure. Ceci n'entraîne pas de limitation fonctionnelle ni de perte de rendement.

Les deux genoux ont une fonction normale à l'examen, mais présence d'un signe du rabot transversal et palpation douloureuse des deux facettes rotuliennes externes, ainsi que des interlignes articulaires internes et externes. Les radiographies du 23.06.2016 et l'IRM permettent de retenir le diagnostic de chondropathie rotulienne bilatérale. Celle-ci n'est pas d'une intensité telle qu'elle

entraînerait des limitations fonctionnelles. Il conviendrait néanmoins d'éviter l'utilisation répétée des escaliers, la marche prolongée en terrain accidenté ou en dévers. Il s'y associe une tendino-bursite de la patte-d'oie qui n'est pas source de limitations.

Aux pieds, l'hallux valgus bilatéral a été opéré à gauche. Là aussi, malgré un résultat anatomique parfait, Madame Z. _____ n'en a tiré aucune amélioration et là aussi une abstention chirurgicale a été de mise pour le pied controlatéral.

Sur le plan psychique, spontanément l'expertisée mentionne la présence de douleurs diffuses « le cou, les épaules, le dos, le coccyx, les genoux ». « La tête ne va pas bien, je suis agressive, je suis angoissée, j'ai envie de partir (mourir), je n'ai jamais fait de bêtises, par respect pour mon mari, parce que j'aime trop mes enfants et mes petits-enfants ». Il n'y a donc pas de plainte psychique bien systématisée.

L'anamnèse retient qu'il existe une symptomatologie anxieuse (intensité modérée à moyenne) et dépressive (intensité modérée à moyenne) réactionnelle.

L'examen psychiatrique objective que l'expertisée se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen sans difficulté. Elle est confortable sur la chaise, il n'y a pas de comportements douloureux observés. L'expertisée donne une impression appropriée par rapport à son âge et à son contexte social, son visage est expressif, elle est plaintive. L'humeur est anxieuse (intensité moyenne), l'expertisée est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs.

Le taux plasmatique d'Efexor du 16.11.2017 est de 0.77 µmol/l, il est situé dans la fourchette thérapeutique (0.36 - 1.44), il objective une bonne observance thérapeutique.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop longue pour retenir le diagnostic de trouble de l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

Il y a une autre atteinte psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

L'expertisée se décrit comme douloureuse anxieuse et dépressive. Il y a un sentiment de détresse non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique dans un contexte de conflit émotionnel. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. L'expert rhumatologue retient *au niveau du rachis cervical et lombaire, la présence d'un syndrome douloureux diffus avec douze points de fibromyalgie positifs sur dix-huit et deux signes de Waddell. Il y a présence de lésions dégénératives lombaires modérées chez une expertisée présentant par ailleurs des troubles de la statique rachidienne dans le plan sagittal et à un degré moindre dans le plan frontal, mais c'est le syndrome douloureux diffus qui est au premier plan. Il n'y a pas lieu de retenir*

de limitations fonctionnelles en rapport avec les lésions dégénératives compatibles avec l'âge de l'assurée.

La jurisprudence du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C 492/2014) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques nous amène à prendre en considération les éléments suivants.

On retiendra que ce trouble n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée n'a pas connu de carence affective. Il y a une notion de maltraitance ni d'agressions. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

PERSONNALITE

L'anamnèse retient qu'avant l'accident, l'expertisée se décrit comme sociable, attentive aux autres, volontaire et travailleuse. Il n'y a pas de comportement impulsif. Il n'y a pas de comportement auto- ou hétéro-dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. L'expertisée est centrée sur ses douleurs et sur la précarité de sa situation sociale. La recherche de traits de personnalité pathologique est négative. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres.

L'examen clinique retient qu'il y a une quête d'attention avec tendance à la dramatisation.

Il n'y a pas d'éléments suffisants pour retenir la présence d'une organisation pathologique de la personnalité

RESSOURCES

Ressources personnelles

Sur le plan strictement de la médecine interne, la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes est un peu diminuée.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne est réduite pour l'expertisée. Elle sollicite l'aide de son mari et de sa fille. Ces limitations dans les activités de la vie quotidienne ne sont pas sous-tendues par des lésions physiques objectives.

Sur le plan psychique, l'expertisée est capable de communiquer, de respecter un cadre. Ces capacités d'adaptations semblent maintenant limitées, elle manque de flexibilité. Malgré ses dires, les activités quotidiennes montrent qu'elle sait encore s'organiser, elle est rationnelle, elle semble peu endurante. Elle est actuellement peu autonome, elle est dépendante par certains comportements (modèle bio-psycho-social) de sa famille. Elle a des capacités de prise de décision et de jugement. Elle semble avoir de bonnes capacités relationnelles avec sa famille.

Ressources externes

L'expertisée s'appuie beaucoup sur sa famille, elle a peu de ressources externes.

TRAITEMENT

Sur le plan de la médecine interne, il est conforme aux règles de l'art.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, les traitements ont été menés suivant les règles de l'art. Il est heureux qu'il n'y ait

pas eu d'intervention chirurgicale rachidienne, tant au niveau cervical que lombaire. Lorsque des interventions chirurgicales ont eu lieu, elles ont été techniquement réussies (canal carpien droit, hallux valgus gauche), mais l'expertisée n'en a tiré aucun bénéfice. Le monitoring sanguin du Tramadol montre une bonne observance de ce traitement antalgique. Il y aurait lieu que la prise en charge de physiothérapie en piscine soit intensifiée et débouche sur la poursuite des activités de balnéothérapie que l'expertisée apprécie, qui sont indiquées dans les syndromes douloureux chroniques sans substrat.

Sur le plan psychique, il y a une indication à la poursuite du traitement psychiatrique psychothérapique, il serait utile de valoriser les ressources de l'expertisée. Il serait utile de la confronter de manière empathique au caractère subjectif de certaines de ses plaintes.

READAPTATION

Sur le plan de la médecine interne, pas nécessaire.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, une réadaptation est théoriquement exigible. Il n'y a pas eu de tentative de réadaptation, le rapport initial du 12.02.2014 à l'OAI de [...], spécialiste en réinsertion professionnelle, faisant état d'une assurée ne s'estimant pas capable de suivre une telle mesure. Il n'y a pas de justification médicale physique au non accomplissement d'une telle mesure.

Sur le plan psychique, il n'y a pas de contre-indication ou de limitation psychiatrique.

COHERENCE

Sur le plan de la médecine interne, on a l'impression qu'il y a un peu d'exagération des symptômes.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, il y a des divergences entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale, mais ces divergences ne sont pas telles qu'elles puissent constituer un motif d'exclusion. L'interprétation de l'examen est valable. Les activités quotidiennes rapportées sont nettement plus limitées que ne le voudraient les lésions objectives présentées par l'expertisée. L'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie, mais elle n'est pas sous-tendue par des lésions dégénératives telles que celles que présente l'expertisée. Ceci est dû au syndrome douloureux chronique sans substrat de type fibromyalgique. Ces éléments devront être discutés par l'expert psychiatre.

Sur le plan psychique, il y a de nombreuses divergences entre les symptômes décrits (intensité dépressive, insomnie jusqu'à 3h, etc...) et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise (absence d'expression douloureuse, quête d'attention, tendance à la dramatisation). Il y a des divergences entre les éléments apportés par l'expertisée et les éléments du dossier. Il y a des divergences sur les diagnostics retenus et l'évaluation de la capacité de travail avec les psychiatres ayant déjà examinés l'expertisée. Le diagnostic d'état dépressif majeur n'est pas retenu, car à l'anamnèse, il n'y a pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui empêche

totalemment de poursuivre les activités sociales, familiales et ménagères, seules les activités professionnelles ont été interrompues. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle objective. Ceci est en cohérence avec l'analyse des activités quotidiennes et des ressources pratiquées lors de la présente évaluation.

CAPACITE DE TRAVAIL

Sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail reste intacte, sans diminution du rendement.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, la capacité de travail comme femme de chambre est nulle. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail est complète.

Sur le plan psychique, il n'y a pas d'incapacité de travail (IT), le rendement est complet. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles. Il n'y a pas d'IT durable en lien avec l'affection psychiatrique ».

Dans un avis médical du 9 février 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du R._____.

d) Par projet de décision du 5 juillet 2018, annulant et remplaçant celui du 18 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande. La nouvelle atteinte à la santé à la base de sa deuxième demande rendait inexigible la poursuite de son activité habituelle de femme de chambre, toutefois l'exercice d'une activité adaptée à son état de santé était exigible, à 100 %, depuis le 14 mars 2014, soit avant la fin du délai d'attente d'une année. En tenant compte d'un abattement de 5 % sur le revenu statistique avec invalidité en raison des limitations fonctionnelles, le degré d'invalidité était fixé à 5 % et n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour au conseil de l'assurée, l'OAI a expliqué s'être fondé sur le rapport d'expertise du Z._____, qui revêtait une pleine valeur probante.

Par courrier de son conseil du 6 septembre 2018, l'assurée a présenté des observations relatives au rapport d'expertise, relevant notamment que les experts n'avaient pas répondu aux quatorze questions supplémentaires qu'elle avait posées. Elle a joint à son envoi un rapport du 14 novembre 2016 établi par le Dr T._____, spécialiste en neurochirurgie, qui ne figurait pas au dossier de l'assurance. Selon ce rapport, au niveau cervical, il ne semblait pas y avoir de « problème

évident ni évolutif » en l'état. Sur le plan lombaire, la composante subjective douloureuse était selon le Dr T. _____ extrêmement riche et difficile à objectiver quant à l'examen clinique véritable. Ainsi, il ne préconisait pas l'approche chirurgicale, vu la surcharge pondérale extrêmement importante et la difficulté à situer l'origine des douleurs. L'assurée a joint un rapport du Dr L. _____ du 23 août 2018 selon lequel une IRM lombaire pratiquée le 23 avril 2018 avait révélé un rétrécissement du canal lombaire en L4-L5 et une hernie discale médiane au même niveau, évolution qui justifiait selon lui une nouvelle consultation neurochirurgicale en vue d'une éventuelle intervention. Enfin, elle a également transmis un rapport du 7 août 2018 de la Dre X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qu'elle consultait depuis le 1^{er} novembre 2017 et qui contredisait le volet psychiatrique de l'expertise du R. _____, notamment en raison d'une carence affective et éducative précoce, ainsi que de troubles mnésiques, qui n'avaient pas été prise en compte, et du caractère très systématisé des plaintes psychiques. La Dre X. _____ retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, résistant au traitement médicamenteux, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2), d'anxiété généralisée sévère (F41.1), de troubles cognitifs non investigués et de syndrome douloureux chronique. Elle estimait que sur le plan psychique, la capacité de travail était nulle ou quasiment nulle dans toute activité, et que conjuguée avec les problèmes somatiques, cette capacité était « très probablement nulle ». Le médecin écartait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant vu les éléments organiques significatifs.

Par avis médical du 8 mars 2019, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'un complément d'expertise avec un volet neuropsychologique, auprès du R. _____, pour prise de position sur le rapport de la Dre X. _____ et sur les quatorze questions de l'assurée.

Par rapport du 15 mai 2019, le Dr M. _____ a informé l'OAI que l'assurée avait été opérée d'une cure d'hallux valgus droit le 4 octobre 2018, qui avait nécessité une reprise chirurgicale le 23 mars 2019 et le port d'un plâtre. L'incapacité de travail liée à la cause

orthopédique était de 100 % depuis la première intervention et vraisemblablement jusqu'à fin septembre 2019.

Par courrier du 21 mai 2019 de son conseil, l'assurée a transmis plusieurs rapports médicaux à l'OAI. Le 6 mai 2019, le Dr J._____ indiquait que selon un examen neuropsychologique effectué en avril 2019 par Mme C._____, l'assurée présentait un trouble cognitif léger, mnésique, « à prédominance attentionnelle et exécutive », qui était plutôt à mettre en relation avec le syndrome douloureux chronique et surtout avec le syndrome anxiodépressif. Le tableau de troubles était compatible avec un dysfonctionnement d'origine multifactorielle (syndrome d'apnées du sommeil, antalgie majeure et état dépressif). En outre, en décembre 2017, selon un rapport du Dr [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, elle avait été hospitalisée et opérée pour une otite moyenne aigue compliquée du côté droit (mastoïdectomie), avec une évolution favorable et une surdité mixte avec des seuils auditifs autour de 40 décibels. Une amygdalectomie et une tympanoplastie étaient indiquées du côté droit, ce qui serait discuté après l'intervention planifiée de cure d'hallux valgus.

e) Une nouvelle expertise a été réalisée au R._____ en mai et juin 2019, par les Drs F._____, W._____, ainsi que le Dr E._____, spécialiste en médecine interne générale, et Mme I._____, neuropsychologue FSP. Selon le rapport, daté du 12 juillet 2019, les experts établis la liste suivante de diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail :

- Troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2).
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Status post-intervention de cure chirurgicale d'hallux valgus droit avec pseudarthrose cunéo-métatarsienne du premier rayon, reprise par greffe aux dépens du pilon tibial le 22.03.2019 (première intervention le 04.10.2018).
- Canal lombaire rétréci L4-L5 modéré (10 mm en transversal) sur lésion dégénérative prédominante en L4-L5 (rétroliothésis de L4 par rapport à L5, protrusion discale médiane) et à un degré moindre L5-S1.
- Arthrose interapophysaire postérieure.

- Arthrose acromio-claviculaire bilatérale prédominante à droite.
- Lésion de tendinopathie dégénérative trophique de la coiffe des rotateurs des deux épaules, fissuraire non transfixiante, portant sur le subscapulaire et le supra-épineux.
- Status post-traumatisme cervical indirect QTF 1 anamnétique le 02.03.2010.
- Syndrome douloureux diffus de type fibromyalgie depuis 2010.
- Coccygodynie.
- Cholécystectomie en avril 2015.
- Hypertension artérielle connue depuis 2010.
- Insuffisance mitrale discrète à modérée connue depuis 2010.
- Hystérectomie (6.12.2011).
- Obésité sévère (36.9 kg/m²).
- Syndrome d'apnées du sommeil léger non appareillé (2016).
- Deux nodules de thyroïde stables, connus depuis 2013.
- Hépatite médicamenteuse connue depuis avril 2017.
- Migraines avec aura visuelle.
- Infections récidivantes ORL avec perforation du tympan, mastoïdite et diminution de l'ouïe à droite (mastoïdectomie le 6.12.2017).

Les experts ont retenu, dans leur évaluation consensuelle, que l'assurée ne présentait plus aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis fin février 2014, et que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière avec une diminution de rendement de 10 % en raison des migraines (sur lesquelles l'intervention prévue au niveau ORL pourrait avoir un effet favorable). La pathologie objectivable des épaules justifiait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais était compatible avec une activité qui respectait les limitations fonctionnelles. Chacun des experts a en sus répondu aux questions posées par l'assurée.

L'on extrait ce qui suit de l'évaluation consensuelle (sic) :

« **4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire**

Cette assurée a déjà été expertisée au R. _____ en novembre 2017. Pour rappel, elle a toujours été en bonne santé jusqu'à son accident du 2.03.2010. Elle mentionne juste 3 interventions pour cure de varices entre l'âge de 24 et 30 ans environ. Elle est également suivie régulièrement sur le plan cardiologique en raison d'une atteinte de la valve mitrale. Hystérectomie sur métrorragies en décembre 2011 et cholécystectomie en avril 2015. Hépatite médicamenteuse en avril 2017 (les tests se sont normalisés dès le changement de traitement). En 2017, elle subit une amygdalectomie

gauche suite à un abcès. Plusieurs infections dans la sphère ORL fin 2017 avec perforation du tympan et mastoïdite. Perte de l'audition à l'oreille droite depuis. Elle devrait prochainement subir une intervention à ce niveau (tympanoplastie), mais elle est retardée en raison de l'intervention orthopédique qu'elle vient de subir en mars dernier au pied droit. Elle mentionne également une hypertension artérielle apparue après son accident.

L'assurée a donc présenté le 02.03.2010 un traumatisme indirect du rachis cervical sans lésion ostéo-disco-ligamentaire documentée, de type QTF1. Les investigations IRM à l'époque n'avaient montré que de minimes lésions dégénératives compatibles avec l'âge. Dans les suites s'est installé un syndrome douloureux diffus concernant l'ensemble des membres supérieurs, l'ensemble du rachis cervico-dorso-lombaire et diffusant aux deux membres inférieurs. Une cure chirurgicale du canal carpien droit en 2012 n'a pas apporté d'amélioration aux paresthésies des deux mains, qui ont persisté. Le syndrome douloureux chronique a poursuivi son évolution et sa diffusion, à l'ensemble du rachis et aux quatre membres. Une pathologie objective des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche a été mise en évidence à l'échographie le 15.09.2016 et était bien corrélée aux données de l'examen clinique lors de l'expertise R._____ rendue le 17.01.2018. Ce diagnostic avait été retenu comme incompatible avec l'activité de femme de chambre et des limitations fonctionnelles avaient été retenues. La même pathologie existe à l'épaule droite, aux deux épaules, elle s'accompagne d'une arthrose acromio-claviculaire, les mêmes limitations fonctionnelles peuvent être conservées.

Au rachis lombaire, outre les lombalgies, l'assurée décrit une irradiation douloureuse aux deux membres inférieurs non métamérique et sans trajet radiculaire précis, permanente, mais nécessitant qu'elle se place en cyphose lombaire et qu'elle s'assiege sur un banc au bout de 45 min de marche. L'IRM du 23.04.2018 montre effectivement un rétrécissement modéré du diamètre transversal du canal lombaire en L4-L5, ainsi qu'une arthrose articulaire postérieure. Le Dr T._____, neurochirurgien, recommande l'abstention chirurgicale. Des limitations fonctionnelles du rachis en rapport avec cette pathologie dégénérative du rachis lombaire sont à retenir.

Une incapacité temporaire totale est retenue depuis l'intervention pour hallux valgus droit, soit du 04.10.2018 (première intervention avec pseudarthrose cunéo-métatarsienne) jusqu'à au moins quatre mois après l'intervention du 22.03.2017 [sic] (cure de pseudarthrose cunéo-métatarsienne).

En présence de 15 points sur 18 de Yunus et Smythe, mais également d'un tableau associant une fatigue déclarée par l'assurée, des troubles cognitifs déclarés par l'assurée et d'autres troubles somatiques, de 14 sites douloureux (WPI=14), d'une échelle de sévérité cotée à 7/12, les critères ACR 2010 pour le diagnostic de fibromyalgie sont retenus. C'est le syndrome douloureux chronique qui est au premier plan, même s'il existe une pathologie organique pour expliquer certaines limitations au niveau des épaules et du rachis lombaire, la pathologie à ces niveaux n'est pas d'une sévérité

suffisante pour expliquer un tel retentissement fonctionnel majeur avec des douleurs diffusant à l'ensemble du corps.

L'expertisée décrit des oublis d'origine attentionnelle, évoluant défavorablement depuis trois à quatre ans. Elle souffre de douleurs et d'une fatigue, qui l'empêchent de travailler et de s'occuper de son ménage. Elle se sent angoissée et très pessimiste concernant son avenir.

Un bilan neuropsychologique effectué début avril 2019 par Mme C._____ met en évidence un trouble à prédominance attentionnelle et exécutive, compatible avec un dysfonctionnement d'origine multifactorielle (SAS, antalgie majeure, état dépressif).

A l'examen neuropsychologique du 4.06.2019, nous relevons principalement des signes de majoration, présents dans les tests mnésiques conçus pour détecter un défaut d'effort et un profil de performances très inhabituel dans un test d'attention intensive (temps de réaction) et de mémoire.

Cliniquement, l'expertisée n'a pas présenté de fatigue, de fatigabilité, de signes de déconcentration ni de manifestations témoignant d'un trouble mnésique. Nous n'avons pas non plus constaté de ralentissement lors de l'entretien. La communication verbale est bonne.

Lors de l'examen psychiatrique, spontanément, l'expertisée mentionne, « je ne me sens pas bien, mon corps ne fonctionne pas, je n'ai pas de cerveau, je ne peux lutter contre ces symptômes qui me dépassent, les médecins doivent trouver des solutions ».

L'anamnèse retient la présence d'une symptomatologie anxieuse (qualifié de forte en plainte subjective) et dépressive (qualifié de forte en plainte subjective) réactionnelle.

L'examen psychiatrique du 16.11.2018 [sic] réalisé dans le cadre de l'expertise rendue le 17.01.2019 [sic] était dans les limites de la norme.

L'examen psychiatrique retient que l'expertisée est venue au R._____, accompagnée par son mari, qui a conduit, dans leur voiture personnelle, elle est à l'heure. L'évaluation est continue. L'expertisée garde le focus. L'expertisée se déplace de la salle d'attente à la salle d'examen avec un déambulateur (intervention chirurgicale sur le pied droit du 22.03.2019). Il n'y a aucun signe physique de nervosité ou d'anxiété. Il n'y a pas de comportement douloureux observé. L'expertisée ne pleure pas, elle ne sourit pas, elle ne plaisante pas, elle ne fait pas de l'humour. L'humeur est anxieuse (intensité faible), l'expertisée est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs, l'expertisée n'est pas fatigable.

Le taux plasmatique de Deroxat du 23.05.2019 est de 551 nmole/l, il est au-dessus de la fourchette thérapeutique (91-365). Il objective une observance de la médication.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), l'évolution de la symptomatologie qui a un caractère chronique est trop long pour retenir le diagnostic de trouble de

l'adaptation. La symptomatologie anxieuse est insuffisante et trop atypique pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. La symptomatologie dépressive est insuffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

Il y a une autre atteinte psychiatrique sous la forme d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)

L'expertisée se décrit comme anxieuse, dépressive et douloureuse. Il y a un sentiment de détresse, non expliqué par les processus physiologiques ou par un trouble psychique. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres.
[...]

Des éléments de majoration sont mentionnés par plusieurs des experts, cependant, il ne justifie pas de retenir un diagnostic spécifique à ce niveau, la situation globale répondant aux critères de trouble syndrome douloureux somatoforme persistant.

Les jurisprudences du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (9C 492/2014) et du 30.11.2017 (8C_84112016 et 8C_130/2017) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques et psychiatrique nous amène à prendre en considération les éléments suivants :

On retiendra que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas associé à un trouble psychiatrique sévère. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée n'a pas connu de traumatismes, elle décrit se comme le pilier de la famille jusqu'à l'accident du 02.03.2010. L'ensemble de ces éléments va dans le sens de la présence de ressources personnelles.

Le rapport médical du 07.08.2018 du Dre X._____, psychiatre traitant a retenu notre meilleure attention. Il comporte une analyse détaillée des plaintes subjectives de la patiente. Il ne comporte pas de status psychiatrique, pas d'analyse des activités quotidiennes de Mme Z._____. Il n'y a pas d'analyse de la cohérence. Il n'a de ce fait aucune valeur probante. Les diagnostics de trouble dépressif récurrent résistant au traitement médicamenteux, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique et d'anxiété généralisée sévère ne peuvent être validés. Contrairement à ce qui est affirmé dans ce rapport, l'expert psychiatre ne se contredit pas dans son rapport d'expertise rendu le 17.01.2019. Au statut psychiatrique du 16.11.2017 l'expertisée est euthymie, le consensus entre les experts a permis de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, raison pour laquelle l'expert psychiatre propose de confronter l'expertisée de manière empathique au caractère subjectif de certaines de ses plaintes qui sont en incohérence avec les status médicaux réalisés dans l'expertise rendu le 17.01.2019.

L'ébauche d'analyse de personnalité réalisée dans ledit rapport est purement personnelle, en effet il ne suffit pas de n'avoir pu poursuivre une scolarité en raison de difficultés économiques

familiales, de ne pas rentrer tous les soirs chez ses parents étant enfant pour retenir un diagnostic de personnalité dépendante.

Autre incohérence du rapport du 07.08.2018, les évaluations ont duré largement plus d'une heure, alors que la psychiatre traitante ne conduit que des entretiens de 30 minutes. Enfin il n'y a pas depuis décembre 2018 de suivi psychiatrique régulier ce qui ne serait pas conforme aux règles de l'art s'il y avait une pathologie psychiatrique sévère.

De plus la présente expertise amène une réponse objective en excluant la présence de troubles cognitifs incapacitants par l'examen neuropsychique détaillé qu'elle comporte.

Il n'y a pas eu d'IT [réd. : incapacité de travail] durable, il n'y a pas d'IT en lien avec une affection psychiatrique il n'y a pas de diminution de rendement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles.
[...]

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'examen de ce jour a montré une obésité sévère avec un BMI à 41.8 kg/m² (obésité stade 3) et un souffle cardiaque proto-mésosystolique au mésocarde et irradiant vers le creux axillaire correspondant à une insuffisance mitrale très discrète connue depuis 2010. Une échocardiographie en mars 2017 a montré une très discrète augmentation de la taille du ventricule gauche, avec une valve mitrale discrètement épaissie et une régurgitation mitrale discrète à modérée. Cette insuffisance mitrale est sous contrôle et doit être revue en 2020.

Le syndrome d'apnées du sommeil, s'il est confirmé, pourrait nécessiter un traitement par CPAP mais n'a pas de caractère incapacitant. Il y a lieu de prévoir des incapacités transitoires dès que les opérations ORL et gynécologiques auront été effectuées.

La capacité de travail reste intacte, tout au plus prévoir une diminution de rendement de l'ordre de 10 % en raison des migraines et éviter une activité dans un milieu bruyant.

Une pathologie objective des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche a été mise en évidence à l'échographie le 15.09.2016 et était bien corrélée aux données de l'examen clinique lors de l'expertise R._____ rendue le 17.01.2018. Ce diagnostic avait été retenu comme incompatible avec l'activité de femme de chambre et des limitations fonctionnelles avaient été retenues. La même pathologie existe à l'épaule droite, aux deux épaules, elle s'accompagne d'une arthrose acromio-claviculaire, les mêmes limitations fonctionnelles peuvent être conservées.

Des limitations fonctionnelles du rachis en rapport avec la pathologie dégénérative du rachis lombaire sont retenues.

Au total, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas d'activité s'effectuant les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de port de charge supérieure à 5kg, possibilité de varier les positions assises et debout, pas de position en porte-à-faux du rachis, pas de marche prolongée au-delà de 30min.

Une incapacité temporaire totale est retenue depuis l'intervention pour hallux valgus droit, soit du 04.10.2018 (première intervention avec pseudarthrose cunéo-métatarsienne) jusqu'à au moins quatre mois après l'intervention du 22.03.2017 [sic] (cure de pseudarthrose cunéo-métatarsienne).

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'engagement n'est pas optimal (tendance à l'abandon en cas de difficultés perçues) et l'expertisée présente des performances inhabituellement faibles dans des tests sensibles au défaut d'effort (TOMM-Test et 15 items de Rey, tests de mémoire conçus pour détecter un défaut d'effort ; temps de réaction extrêmement variables au test Alerte Phasique, TAP 2.3 et profil de réponse très inhabituel dans un test de mémoire verbale). Il y a un manque de concordance entre l'absence de troubles à l'entretien et les scores, pour certains sévèrement déficitaires, dans un test de mémoire épisodique verbale, ainsi qu'entre l'absence de ralentissement cliniquement et des temps de réaction pouvant être extrêmement lents en situation de testing (test simple exigeant du sujet une pression motrice en réaction à l'apparition d'une croix à l'écran, ne nécessitant aucune connaissance préalable de l'outil informatique).

L'anamnèse retient que l'expertisée se décrit avant l'accident, comme sociable, attentive aux autres, volontaire et travailleuse. Il n'y a pas de comportement impulsif. Il n'y a pas de comportement auto- ou hétéro-dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. L'expertisée mentionne encore, « qu'elle était le pilier de la famille avant l'accident du 02.03.2018 », autonome et affirmée. La recherche de traits de personnalité pathologique, en particulier de trait de personnalité dépendant est négatif. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres.

L'examen clinique relève en termes de fonctionnement de personnalité de manière isolé quelques comportements de démonstratif et majorant.

Compte tenu de ce qui précède, Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

L'expertisée est capable de communiquer, de respecter un cadre. Elle a des capacités d'adaptation, elle manque de flexibilité. Elle est psychologiquement endurante. Elle est actuellement peu autonome, elle est dépendante par certains comportements (modèle bio-psycho-social) de sa famille. Elle a des capacités de prise de décision et de jugement. Elle semble avoir de bonnes capacités relationnelles. L'expertisée s'appuie beaucoup sur sa famille, elle a peu de ressources externes.

4.6 Contrôle de cohérence

Il y a de nombreuses divergences entre les symptômes décrits et les examens cliniques pratiqués dans le cadre de cette expertise :

- Aucun traitement, pourtant bien conduit, ne l'améliore. Les douleurs sont décrites comme intense, mais le taux plasmatique de Tramadol (antalgique de niveau II) du 23.05.2019 est inférieur à 0.03 umole/l. Il est très en dessous

de la fourchette thérapeutique (0.38-1.14). Il objective, qu'il n'y a pas d'observance de cette médication. Il s'agit d'un élément d'incohérence supplémentaire en lien avec les plaintes douloureuses de l'expertisée.

- De même, il y a un manque de cohérence interne entre les résultats aux tests neuropsychologiques et l'impression clinique et dans le profil de réponses obtenu dans plusieurs épreuves conçues pour détecter un défaut d'effort.
- Enfin, il y a des divergences entre les éléments apportés par l'expertisée et les éléments du dossier. Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Le rapport médical du 07.08.2018 du Dr X._____, psychiatre traitant n'a pas, comme discuté plus haut de valeur probante ».

Par avis médical du SMR du 5 août 2019, la Dre H._____, spécialiste en chirurgie, a indiqué qu'elle se ralliait aux conclusions du complément d'expertise précité.

Par courrier du 14 janvier 2020, sous la plume de son conseil, l'assurée a requis la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel dans un Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI).

f) Par décision du 6 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 14 mars 2014, soit avant l'expiration du délai d'attente d'une année débuté le 22 mars 2013, date de la nouvelle incapacité de travail qu'elle avait fait valoir dans sa deuxième demande de prestations. Son degré d'invalidité, compte tenu d'un abattement de 5 % en raison des limitations fonctionnelles, d'une baisse de rendement de 10 %, et de revenus avec et sans invalidité établis sur une base statistique, s'élevait à 14,5 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a indiqué à l'assurée que la mesure d'observation requise ne se justifiait pas en raison du degré d'invalidité, inférieur à 20 %.

B. **a)** Par acte du 18 mai 2020, Z._____, a formé recours à l'encontre de la décision du 6 avril 2020, par-devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, à l'annulation de la décision et au

renvoi de la cause à l'intimé, et subsidiairement à la réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, dont le début, la fin et le montant sont à déterminer par l'intimé, sur renvoi du dossier.

En substance, elle a contesté l'évaluation de son degré d'invalidité et de sa capacité de travail dans une activité adaptée, fondées sur le rapport d'expertise du R. _____ du 12 juillet 2019, qui n'avait pas de valeur probante selon elle. Ledit rapport ne tenait pas compte de la gêne résiduelle conséquente qu'elle endurait depuis la reprise chirurgicale pratiquée le 22 mars 2019 sur son avant-pied droit, attestée par le Dr M. _____ dans un rapport du 7 mai 2020, qu'elle a joint au recours, et qui contenait notamment ce qui suit :

« Dans les suites de cette intervention [réd. : de l'avant-pied droit du 4 octobre 2018], on a constaté une absence de consolidation (pseudarthrose au niveau cunéo-métatarsien) qui a nécessité une reprise chirurgicale le 22.03.2019 avec une nouvelle stabilisation par plaque et greffe osseuse. Cette intervention a permis d'obtenir une consolidation. Néanmoins, la patiente ressent une gêne résiduelle conséquente, vraisemblablement en partie liée au matériel d'ostéosynthèse qu'il était prévu d'ôter en mars 2020. La crise du Covid nous a obligés à déplacer cette intervention au 28.05.2020 [...]. Ce n'est qu'après environ 2 à 3 mois de l'ablation du matériel que la situation pourra être considérée comme relativement stabilisée. Il arrive cependant que l'évolution au niveau d'un pied soit longue et qu'une amélioration progressive soit constatée à plus long terme.

Par ailleurs, Madame Z. _____ s'était plainte de douleurs à ses deux épaules qui ont été exacerbées par l'usage prolongé de cannes. Un bilan par IRM a mis en évidence une tendinose avec un aspect de fissuration du tendon sus-épineux ainsi qu'un acromion d'aspect relativement agressif et légèrement surcouvrant pouvant favoriser un conflit sous-acromial latent. Le syndrome douloureux était prédominant à l'épaule gauche. La prise en charge a été pour l'instant conservatrice au niveau des épaules. Une éventuelle chirurgie est à risque d'évolution relativement difficile et ne devrait être envisagée qu'en dernier recours.

Il faut encore mentionner des antécédents de fibromyalgie et de surcharge pondérale qui peuvent influencer négativement la problématique ostéo-articulaire de Madame Z. _____.

Je précise enfin qu'il ne m'appartient pas de juger de l'estimation d'un éventuel taux d'invalidité qui lui aurait été accordé ».

De surcroît, la diminution de rendement de 10 % constituait une nouveauté par rapport à la précédente expertise, soit une aggravation

de sa situation. Pourtant, les experts n'avaient pas précisé le moment depuis lequel il fallait tenir compte de cette diminution de rendement, ni pourquoi il ne s'agissait pas d'une incapacité de travail résultant des migraines, ou encore pourquoi ils l'estimaient à 10 %. Lorsqu'elle avait une crise migraineuse, ce n'était pas uniquement son rendement qui était réduit, mais la possibilité même d'une activité qui était empêchée. Quant au syndrome douloureux chronique, l'expert W._____ l'avait décrit comme étant au premier plan, tout en le plaçant en avant-dernière position dans l'énumération des diagnostics, et alors qu'il constatait qu'elle avait pris du poids depuis la précédente expertise, qu'elle faisait désormais plus que son âge, qu'elle se déplaçait à l'aide d'un déambulateur, avec une chaussure médicale, et qu'elle s'était déshabillée en position assise. L'affirmation selon laquelle le syndrome douloureux chronique était au premier plan relativisait ses nombreuses atteintes somatiques objectivées, transformant artificiellement ses douleurs explicables en douleurs psychogènes prétendument surmontables. Elle contestait toute majoration de ses plaintes ; ses douleurs avaient un substrat organique multiple objectivé.

Sur le plan psychiatrique, l'évaluation du Dr F._____ n'était pas probante non plus, en particulier du point de vue des indicateurs idoines. Entre autres, la description de son quotidien était difficilement compatible avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le Dr F._____ avait cité abondamment le Dr W._____, et il avait critiqué le rapport de la Dre X._____ du 7 août 2018, neutralisant le point de vue de cette médecin. Ce faisant, il n'avait pas apprécié matériellement la problématique de manière impartiale et indépendante, s'étant limité à se positionner par rapport aux avis de ces autres médecins. L'expert F._____ se référait en sus à la situation qui prévalait avant l'accident de 2010, sans que l'on ne comprenne pourquoi.

En outre, les activités listées par l'intimé comme étant adaptées à ses limitations fonctionnelles ne l'étaient pas. Son état de santé ne lui permettait pas, à son avis, d'exercer les activités d'ouvrière à l'établi ou d'opératrice de production.

Par ailleurs, elle avait demandé l'octroi d'une mesure d'observation dans un COPAI, que l'intimé lui avait refusée sans raison. Il semblait abusif que l'intimé se fonde sur les considérations du rapport d'expertise selon lesquelles il « n'y a[vait] pas eu de tentative de réadaptation. L'assurée ne se projette pas du tout vers celle-là, s'estimant incapable de tout travail » (cf. rapport d'expertise du R._____ du 12 juillet 2019, p.21). Elle avait en effet sollicité une telle mesure de la part de l'OAI. Elle requérait ainsi que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour qu'il complète son instruction, notamment par la mise en œuvre d'une observation professionnelle.

Dans son dernier grief, elle faisait valoir que la décision entreprise n'était pas conforme aux conclusions des experts du R._____ED, qui avaient retenu une incapacité de travail temporaire totale depuis l'intervention pour hallux valgus droit, du 4 octobre 2018 au 22 juillet 2019 au moins. Comme sa capacité de travail avait été durablement réduite à 90 % et elle avait été en incapacité totale de travail dès le 4 octobre 2018, le délai d'attente arrivait à échéance le 4 février 2019, alors qu'elle était invalide à 100 %, de sorte qu'elle avait droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps à compter du 1^{er} février 2019.

b) Par réponse du 13 août 2020, l'OAI a produit le dossier de la cause, proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision. Il a renvoyé à l'avis du SMR du 5 août 2019 et indiqué qu'il n'y avait pas lieu en l'espèce de mettre en œuvre une nouvelle expertise.

c) Par réplique du 14 décembre 2020, l'intéressée a maintenu ses conclusions et produit quatre rapports médicaux à l'appui de son recours, soit :

- Un rapport du 8 juin 2020 de la Dre Q._____, indiquant qu'elle ne comprenait pas qu'aucune mesure de réorientation professionnelle ne soit proposée à sa patiente alors que son aptitude au travail dans son activité

habituelle était reconnue comme étant nulle ; que le trouble attentionnel et la dépression de la recourante ne lui permettaient pas de faire des tâches intellectuelles ; que sa patiente devrait bénéficier d'une rente ; que l'évolution du point de vue orthopédique était défavorable et qu'il allait falloir opérer les deux épaules ; qu'elle avait présenté de multiples complications infectieuses oto-rhino-laryngologiques ; qu'une nouvelle évaluation psychiatrique, orthopédique et rhumatologique était essentielle ; et que l'importance des souffrances psychiques et la sévérité de la dépression avaient été sous-estimées.

- Un rapport de consultation gynécologique du 24 juillet 2020, pour incontinence urinaire, de la Dre A._____, qui proposait une correction chirurgicale du prolapsus urogénital, et soulignait que l'origine neuro-urologique de l'incontinence urinaire associée au canal lombaire étroit ne pourrait pas être corrigée avec la cure de prolapsus.
- Un rapport du 16 septembre 2020 du Dr M._____ adressé à l'OAI, indiquant que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse de l'avant-pied droit avait eu lieu en mars 2020, que la patiente avait mis beaucoup de temps pour récupérer de cette intervention et qu'il restait un niveau de douleurs subjectivement élevé, ainsi que des douleurs de type brûlures aux deux talons et au tendon d'Achille, sans que ce dernier ne présente d'épaississement ou d'autre signe de tendinite. La marche se faisait toutefois sans boiterie significative. Concernant les épaules, le Dr M._____ avait consenti, après longue réflexion, à une cure chirurgicale, réalisée le 3 septembre 2020. Des gonalgies bilatérales n'avaient pas encore été investiguées formellement, cependant un bilan radiologique n'avait pas révélé d'arthrose. Le médecin concluait : « Au final, bien qu'il y ait un substrat pour expliquer une partie des douleurs articulaires multiples de Mme Z._____, on peut suspecter des difficultés adaptatives importantes liées à son

ancien accident et une part de somatisation qu'il sera essentiel de traiter avec un soutien global, un reconditionnement tant physique que psychologique. Toute reprise de travail ne semble pas envisageable dans un proche avenir ».

- Un rapport du 1^{er} décembre 2020 du Dr M._____, adressé à la Dre Q._____, trois mois après l'opération de l'épaule gauche. Le médecin y relevait que sa patiente avait beaucoup de mal à faire face à ses douleurs multiples. Il notait encore un syndrome douloureux marqué à la mobilisation de l'épaule, avec quelques limitations d'amplitudes articulaires qui n'étaient pas très importantes ; il ne pensait pas qu'il s'agissait d'une capsulite importante et les douleurs résiduelles étaient parfois encore assez significatives vers trois mois après l'opération.

d) Par duplique du 3 février 2021, l'intimé a réitéré ses conclusions et renvoyé au contenu d'un avis du SMR, du 12 janvier 2021. Dans cet avis, la Dre H._____ a relevé que les rapports produits en procédure ne faisaient pas état de nouvelles atteintes à la santé inconnues lors de l'évaluation expertale de mai-juin 2019. La Dre Q._____ mentionnait une évolution défavorable au niveau orthopédique sans préciser en quoi cela consistait, sans mentionner de diagnostic, de status clinique récent, ni de nouvelles limitations fonctionnelles. L'intervention préconisée par la Dre A._____ n'engendrerait en principe qu'un arrêt de travail de durée limitée. Le Dr M._____ signalait des gonalgies qui n'avaient pas encore été investiguées, mais faisaient probablement partie du syndrome douloureux diffus déjà pris en compte dans l'expertise. La nouvelle intervention sur l'épaule gauche avait eu lieu en septembre 2020, soit après la décision de l'OAI, et elle avait probablement été induite par une aggravation des douleurs. Cela ne permettait toutefois pas de douter de l'avis de l'expert somaticien qui avait confirmé l'atteinte des épaules et le fait que toute

activité nécessitant l'utilisation des membres supérieurs n'était plus exigible.

e) Par déterminations du 30 avril 2021, la recourante a fait valoir que l'avis du SMR émanait de la Dre H._____, qui ne bénéficiait d'aucune autorisation de pratiquer la médecine en Suisse, selon un extrait du registre des professions médicales, qu'elle a joint à son envoi. En outre, elle a produit deux rapports médicaux à l'appui de ses arguments, dont une attestation de sortie d'un séjour du 25 janvier au 26 février 2021 en médecine interne de réhabilitation à la Clinique de [...] Centre hospitalier B._____ (ci-après : Centre hospitalier B._____). Cette attestation indiquait que les motifs du séjour étaient un soutien psychologique, l'éloignement des facteurs de stress et la prise en charge de la douleur. Le diagnostic principal était un trouble dépressif récurrent, depuis une date inconnue, après lequel étaient listés plusieurs diagnostics secondaires et comorbidités. S'agissant du trouble dépressif, il était précisé : « Sur le plan psychologique, la patiente rapportait une thymie en péjoration et une clinophilie croissante. Elle bénéficie d'un suivi spécialisé régulier avec nos collègues, travaillant sur la gestion des ruminations anxieuses nocturnes, et le cercle vicieux de la clinophilie en lien avec les douleurs. Le cadre structurant et rassurant de la clinique, l'écoute active, et les séances de relaxation contribuent à une amélioration thymique progressive et un regain de l'élan vital [...] Nous ne modifions pas le traitement psychotrope durant le séjour ». Lors du séjour, le 13 février 2021, elle avait fait une chute dans des escaliers, causant deux entorses, l'une de la cheville droite et l'autre d'un orteil du pied gauche. La recourante estimait notamment que le diagnostic de trouble dépressif récurrent était propre à modifier complètement l'analyse de sa situation, car elle souffrait déjà de ce trouble au moment de l'expertise, de manière hautement vraisemblable.

La recourante a également produit un rapport de la Dre Q._____ du 22 avril 2021, dont il ressortait que l'intervention sur l'épaule gauche en septembre 2020 avait été réalisée raison d'une rupture d'origine dégénérative du tendon sus-épineux, que l'évolution d'un point de vue moteur était relativement bonne, et que l'utilisation des bras dans

des positions au-dessus de la position horizontale était limitée, ce qui était déjà le cas précédemment. L'évolution des douleurs était en revanche défavorable et ces dernières n'étaient que partiellement soulagées par la prise d'antalgiques. Au niveau des pieds, après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'évolution avait été défavorable et il y avait eu une récurrence partielle de l'hallux valgus de la première phalange « du pied droit » ; la patiente avait passé plusieurs mois en chaise roulante. L'évolution de l'entorse présentée lors du séjour de réadaptation était lentement favorable quant au pied, mais l'utilisation de cannes avait provoqué une recrudescence des douleurs des épaules et lombaires. Du point de vue neurologique, des migraines et céphalées de tensions subsistaient, la situation était stable. Du point de vue oto-rhino-laryngologique, la patiente avait présenté des otites récurrentes durant l'année écoulée, et présentait une perforation tympanique post otite compliquée en 2018, stable mais persistante avec surdité mixte de l'oreille droite et seuil auditif aux alentours de 40 décibels. Du point de vue psychiatrique, l'évolution thymique était défavorable par rapport à 2020 avec une perte d'espoir de plus en plus marquée, une fatigue très intense et la présence d'idées noires de plus en plus fréquente, raisons pour laquelle elle avait bénéficié d'une hospitalisation. En raison de l'état dépressif majeur, toujours présent, et de l'importance des douleurs et des nombreuses comorbidités, la Dre Q._____ estimait que la patiente n'était pas apte au travail, même dans une structure adaptée.

f) L'intimé s'est déterminé par courrier du 19 mai 2021, par lequel il a maintenu sa position et réitéré ses conclusions. Il a fait valoir que la Dre H._____ bénéficiait d'une reconnaissance, par les autorités suisses, de la profession de médecin et de son titre postgrade de chirurgien, et que les médecins du SMR n'avaient pas besoin d'une autorisation de pratiquer s'ils n'effectuaient pas d'examen clinique sur les assurés. L'intimé a produit un nouvel avis du SMR, du 18 mai 2021, se prononçant sur les derniers rapports médicaux produits par la recourante. La Dre H._____ y écrivait notamment que pour la période jusqu'à la date de la décision, il n'y avait pas d'éléments médicaux suffisants permettant de modifier sa position. En revanche, durant la seconde partie de l'année

2020 et le début de l'année 2021, il pouvait y avoir eu une aggravation de l'état de santé sur le plan somatique et psychique, selon le rapport de la Dre Q._____ du 22 avril 2021.

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande, déposée le 10 octobre 2013.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable et c'est à ce dernier

qu'il sera fait référence, au vu de la date de la décision litigieuse, rendue le 6 avril 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

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

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

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

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un

comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

7. a) A titre liminaire, il convient de traiter le grief de la recourante s'agissant de la Dre H. _____ du SMR. La recourante soutient en substance, pour la première fois dans ses déterminations du 30 avril 2021, qu'en raison du défaut d'autorisation de pratiquer la médecine en Suisse de cette médecin, ses avis médicaux ne sauraient être pris en compte.

b) Fondés sur l'art. 59 al. 2 bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux

auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). Par nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

c) Le fait qu'un médecin ait effectué son cursus à l'étranger n'est pas un motif pour considérer que ses rapports ou avis sont dénués de valeur probante (TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références).

d) En l'occurrence, la Dre H._____ a obtenu les titres de médecin, puis de spécialiste en chirurgie en [...]. Ces titres ont tous deux été reconnus en Suisse en 2013, selon le Registre des professions médicales, dont la recourante a produit un extrait. Ses compétences professionnelles ont ainsi été reconnues en Suisse, et conformément à la jurisprudence, le seul fait que cette médecin ait effectué son cursus à l'étranger n'affecte pas la valeur probante de ses avis. En outre, elle ne dispose certes pas d'une autorisation de pratiquer en Suisse, mais comme l'a relevé l'intimé, une telle autorisation n'est pas nécessaire pour établir des avis médicaux du SMR, puisqu'ils ne requièrent aucun examen clinique. Partant, les avis médicaux de la Dre H._____ sont parfaitement susceptibles de revêtir une valeur probante. Les critiques de la recourante sur ce point tombent donc à faux.

8. a) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante le 10 octobre 2013. Il s'agit dès lors d'examiner si, entre la dernière décision du 26 novembre 2012, entrée en force, et la décision litigieuse du 6 avril 2020, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre de la première demande, l'OAI s'est fondé essentiellement sur l'expertise rhumatologique du Dr V._____ du 8 février 2012. Ce médecin avait retenu comme diagnostics des cervico-dorsalgies chroniques, qui entraînaient une diminution de rendement de 20 % dans l'activité habituelle de femme de chambre, mais n'avaient pas d'effet sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Sur cette base, l'intimé avait rejeté la demande, considérant que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée, depuis février 2012. Cette décision de refus n'a pas fait l'objet d'un recours et elle est entrée en force.

c) La recourante a déposé une seconde demande de prestations le 10 octobre 2013, faisant valoir une augmentation de ses douleurs, soit une aggravation de son état de santé. Dans ce contexte, le SMR a constaté que la recourante présentait *a priori* deux nouvelles atteintes, à l'épaule gauche et sous la forme de migraines avec aura visuelle, ce qui ressortait de rapports médicaux produits par la recourante le 2 février 2015 (cf. avis médical du SMR du 10 février 2015). L'OAI a donc repris l'instruction auprès des médecins traitants, avant d'ordonner une première expertise pluridisciplinaire auprès du R._____. Les premiers experts, dans leur rapport du 17 janvier 2018, concluaient à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis la fin du mois de février 2014, et à une capacité de travail entière depuis le 14 mars 2014 (à l'exception d'incapacités de travail temporaires liées aux interventions chirurgicales du canal carpien droit et de l'hallux valgus gauche). L'anéantissement de la capacité de travail dans l'activité habituelle s'expliquait par la pathologie de l'épaule gauche (lésions de la coiffe des rotateurs), impliquant des limitations fonctionnelles de ce membre supérieur, incompatibles avec l'activité de femme de chambre. Les autres atteintes n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, en particulier le traumatisme cervical de 2010, la chondropathie rotulienne bilatérale, ainsi que les troubles de la lignée psychique (troubles anxieux et dépressifs mixtes F41.1) et psychosomatique (syndrome douloureux

somatoforme persistant F45.4 et syndrome douloureux diffus sans substrat).

d) La recourante a contesté le rapport d'expertise précité et présenté de nouveaux rapports médicaux, notamment sur les plans psychiatrique et neuropsychologique (cf. courrier d'observations du 6 septembre 2018). Le SMR a alors préconisé la mise en œuvre d'un complément d'expertise, comprenant un volet neuropsychologique et tenant compte de l'avis de la Dre X._____, psychiatre traitante. Le rapport de cette dernière avait été établi plus de huit mois après la première expertise, de sorte qu'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée n'était pas exclue (cf. avis médical du SMR du 8 mars 2019).

Il est précisé à ce stade que la dénomination de cette seconde expertise, en tant que complément, surexpertise, ou nouvelle expertise, importe peu du point de vue de sa valeur probante, puisque seul le contenu d'un rapport médical est déterminant sous cet angle (cf. consid. 4d *supra*).

Ce second rapport d'expertise a servi de fondement à l'intimé pour rendre la décision entreprise, et la recourante a contesté sa valeur probante, s'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il est en revanche constant qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans son activité habituelle depuis la fin du mois de février 2014, ce qu'elle ne remet du reste pas en doute.

Il se justifie donc de considérer qu'une modification de l'état de santé de la recourante est effectivement survenue, au sens de l'art. 17 LPGA, depuis la première décision de refus de l'OAI, ayant à tout le moins une incidence sur sa capacité de travail dans l'activité habituelle. Encore faut-il déterminer si cette modification est susceptible d'influencer sa capacité de gain et son droit aux prestations.

Ainsi, s'agit d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du R._____ du 12 juillet 2019, à l'égard de laquelle la recourante a formulé un certain nombre de critiques.

9. a) Sur le plan formel, la recourante n'a pas formulé de grief particulier à l'égard du déroulement des entretiens d'expertise, ou des experts personnellement, dans le cadre de la procédure de recours.

b) En outre, le rapport d'expertise du R._____ du 12 juillet 2019 remplit toutes les exigences requises par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En effet, les experts ont établi le contexte médical de la recourante, puisqu'ils avaient résumé son dossier médical, en synthétisant des rapports médicaux depuis 2005 dans la première expertise. Ils ont également recueilli, listé et résumé les rapports médicaux établis depuis la première expertise. Les quatre experts ont procédé aux examens cliniques personnellement et conformément à leur spécialité, avant de tenir des discussions au terme d'entretiens séparés, et de rédiger une évaluation consensuelle. Le Dr E._____ a réalisé un test de somnolence (échelle d'Epworth, qui n'a pas révélé de dette de sommeil), et la compliance médicamenteuse a été testée avec un *monitoring* commandé à un laboratoire d'analyses médicales (cf. rapport de prélèvement du 23 mai 2019). Mme I._____ a pour sa part réalisé un examen neuropsychologique. Les experts ont établi l'anamnèse systématique, familiale, scolaire, professionnelle, sociale et actuelle de la recourante. Ils ont rapporté les plaintes exprimées (en particulier dans les sous-chapitres « affection actuelle » de chacun des volets du rapport). Les experts ont en outre motivé leurs conclusions, qui s'avèrent cohérentes avec leurs observations cliniques et convaincantes.

c) Quant au contenu du rapport d'expertise, il s'agit d'examiner s'il contredit les appréciations et conclusions du premier rapport, et surtout des médecins traitants de la recourante. Le cas

échéant, ces prises de position devront s'avérer motivées, étayées et convaincantes.

d) S'agissant de la comparaison avec la première expertise, dont le rapport datait du 17 janvier 2018, il est relevé que la liste des diagnostics s'est à première vue allongée depuis la première expertise (cf. partie « en fait » du présent arrêt, A/c et A/e). En réalité, certains diagnostics mentionnés par les seconds experts étaient déjà existants et mentionnés par les premiers, dans d'autres parties du premier rapport. C'est le cas de la coccygodynie (p. 41 du premier rapport) et de l'hystérectomie (idem, p. 26). La mastoïdectomie n'était pas mentionnée par les premiers experts, car elle a eu lieu après la date de l'expertise (respectivement en décembre et novembre 2017). En revanche, les experts ont retenu de nouveaux diagnostics, ou des évolutions, concernant : l'hallux valgus (du côté droit), les migraines avec aura visuelle (d'intenses céphalées étaient toutefois mentionnées dans le premier rapport du R. _____), le canal lombaire rétréci en L4-L5, l'arthrose et les lésions de la coiffe des rotateurs (de l'épaule droite). A la lecture du complément d'expertise, tant dans ses conclusions que dans son appréciation médicale, celui-ci ne s'inscrit pas en contradiction avec l'appréciation des premiers experts, mais il reflète essentiellement l'évolution de l'état de santé de la recourante et l'apparition de certaines atteintes.

e) La recourante critique l'appréciation de l'incidence de ses migraines sur sa capacité de travail. Elle n'a pas produit de rapport médical particulier à l'appui de ces critiques. Il est d'ailleurs relevé qu'aucun de ses médecins traitants ne s'est prononcé sur une éventuelle diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée qui serait due aux migraines. Le Dr S. _____ a mentionné des crises de migraine avec aura visuelle, sans précision quant à la capacité de travail (cf. rapport du 22 janvier 2014). Le Dr L. _____ rapportait également des crises de migraine et de céphalées quasi constantes (rapport du 30 janvier 2015). Selon le Dr J. _____, il n'existait aucune atteinte neurologique (ce qui était également le constat du Dr D. _____ en 2013). Le Dr J. _____

estimait en outre qu'il n'y avait aucun argument pour le diagnostic de migraines, et que les céphalées tensionnelles pouvaient avoir une origine médicamenteuse (cf. rapport du 22 septembre 2015). La Dre Q._____ a seulement mentionné la présence stable de migraines et céphalées (cf. rapport du 22 avril 2021). Ainsi, lorsque la recourante affirme qu'en cas de crise migraineuse, la possibilité même d'une activité est empêchée, ce qui n'équivaut pas à une simple diminution de rendement, son argumentation n'est pas fondée sur des documents médicaux et ne saurait être prise en compte (consid. 4c *supra*).

Au demeurant, les experts ont exposé de manière convaincante que les céphalées et migraines entraînent en réalité dans le contexte de fibromyalgie. Du point de vue de la médecine interne, une diminution de rendement de l'ordre de 10 % « pouvait être envisagée », « tout au plus », et l'intervention au niveau ORL pourrait avoir un effet favorable sur les migraines, selon le Dr E._____ (cf. rapport d'expertise, pp 19, 20, 21 et 23). Le Dr W._____ a pour sa part exposé que la recourante souffrait de céphalées environ deux fois par semaine, et d'épisodes plus aigus « à type de migraines » au maximum une fois par semaine. Ces céphalées étaient d'origine musculo-tendineuses, avec des douleurs sur l'insertion des muscles occipitaux, ce qui était « fréquent dans les fibromyalgies » et elles étaient à considérer sans impact sur la capacité de travail du point de vue de la médecine physique et de réadaptation. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'appréciation des experts selon laquelle les céphalées et/ou migraines ne justifient pas de diminution de la capacité de travail, mais une diminution de rendement de l'ordre de 10 %, est motivée et cohérente. Elle n'est en outre, comme développé ci-avant, pas contredite par les avis médicaux au dossier.

f) S'agissant de son état de santé physique, la recourante se prévaut de la gêne résiduelle conséquente et objective qu'elle endure depuis la reprise chirurgicale du 22 mars 2019 de son avant-pied droit, qui n'aurait pas été prise en compte par les experts. En lien avec cette intervention et l'incapacité totale de travail qui en avait découlé, elle fait

en sus valoir qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière limitée dans le temps, à partir du 1^{er} février 2019.

La recourante présentait un hallux valgus bilatéral, qui avait été opéré à gauche en 2013, et qui a été opéré à droite à deux reprises entre les deux expertises, soit une première fois le 4 octobre 2018 pour une cure, et une seconde fois le 23 mars 2019 pour une reprise chirurgicale par plaque et greffe osseuse. Il était prévu d'ôter le matériel d'ostéosynthèse, qui avait été installé lors de l'intervention de reprise, en mars 2020, mais cette troisième intervention n'a pu avoir lieu que le 28 mai 2020 (cf. rapports du Dr M. _____ des 15 mai 2019 et 7 mai 2020).

Le Dr M. _____ avait dans un premier temps attesté l'incapacité de travail totale de la recourante, en lien avec la première intervention (cure), puis dès cette dernière et de manière prospective après la deuxième intervention, vraisemblablement jusqu'à la fin du mois de septembre 2019 (cf. son rapport du 15 mai 2019). Le complément d'expertise du R. _____, effectué en mai et juin 2019, retenait une incapacité de travail temporaire totale depuis l'intervention de cure d'hallux valgus droit jusqu'à au moins quatre mois après d'intervention du 22 mars 2017 [recte : 2019, s'agissant à l'évidence d'une erreur de plume, étant précisé que selon les rapports du Dr M. _____, il s'agit du 22 ou 23 mars 2019], soit jusqu'à au moins la fin du mois de juillet 2019. Aux entretiens d'expertise, la recourante s'était présentée munie d'un déambulateur et portant une attelle (cf. rapport d'expertise du 12 juillet 2019, Dr. E. _____, p. 16). Selon le Dr W. _____, elle avait été immobilisée durant deux mois après l'opération de reprise chirurgicale, par une « botte plâtrée, nécessitant une déambulation en fauteuil roulant. Le 20.05.2019, il est procédé à l'ablation du plâtre et depuis, la déambulation s'effectue en appui soulagé au moyen d'un cadre déambulateur » (cf. rapport, Dr W. _____, p. 11).

Il est donc constant que la recourante a été en incapacité complète de travail du 4 octobre 2018 à la fin du mois de juillet 2019 au

moins, en raison de son atteinte à l'avant-pied droit. La recourante soutient que cette incapacité aurait duré plus de douze mois, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps. Ce faisant, elle prétend semble-t-il avoir présenté un nouveau cas d'assurance dès le 4 octobre 2018, qui marquerait le point de départ d'un nouveau délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. Quoi qu'il en soit, son argumentation n'est pas étayée médicalement. En effet, tant la date retenue par le Dr M. _____ (au moins la fin septembre 2019) que celle retenue par les experts (au moins la fin juillet 2019) se situent moins de douze mois après la première intervention qui a justifié l'incapacité de travail. Elle se référerait de plus à une incapacité de travail temporaire. Ces évaluations étaient certes prospectives, toutefois elles ne sont contredites par aucun rapport médical au dossier, s'agissant de la période antérieure à la décision. En effet, dans son rapport du 7 mai 2020, le Dr M. _____ a fait état d'une gêne résiduelle conséquente, survenue après la deuxième opération, et il a précisé que la situation ne serait stabilisée qu'après environ deux à trois mois à compter de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Ce faisant, il n'a pas indiqué que la capacité de travail de la recourante était nulle ou même partielle entre la deuxième et la troisième intervention en raison de cette gêne, ou que son pronostic initial s'était avéré erroné. Il en va de même de son rapport du 16 septembre 2020.

Quant à l'éventuelle aggravation de l'atteinte du pied droit à la suite de la troisième intervention, rapportée par la Dre Q. _____ dans son rapport du 22 avril 2021, celle-ci n'entre pas dans l'état de fait déterminant, soit celui qui prévalait au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

g) Pour ce qui est des autres atteintes strictement somatiques, les experts du R. _____ ont estimé que certaines d'entre elles n'avaient pas d'incidence sur ses capacités fonctionnelles, comme la maladie cardiaque (insuffisance mitrale), et le syndrome d'apnées du sommeil.

En revanche, la pathologie des tendons de la coiffe des rotateurs des deux épaules, accompagnée d'une arthrose acromioclaviculaire, et la pathologie dégénérative du rachis lombaire, en lien avec le rétrécissement du canal lombaire, objectivé par l'IRM du 23 avril 2018, entraînaient des limitations fonctionnelles (cf. rapport d'expertise, p. 4). Les experts ont ainsi dûment tenu compte des atteintes physiques et de leurs manifestations. Ils ont toutefois estimé, consensuellement, que le diagnostic de fibromyalgie retenu était au premier plan, même s'il existait une pathologie organique pour expliquer certaines limitations, au niveau des épaules et du rachis lombaire. Cette pathologie organique n'était pas d'une sévérité suffisante pour expliquer un tel retentissement fonctionnel majeur avec des douleurs diffusant à l'ensemble du corps (rapport d'expertise, cf. pp 4 et 5). En d'autres termes, ces atteintes n'étaient pas incompatibles avec l'exercice d'une activité adaptée aux limitations précitées. Cette appréciation apparaît convaincante et objectivée médicalement. Les experts ont tenu compte des avis des médecins traitants dans leur expertise. On relève en sus, s'agissant de l'effet des atteintes somatiques de la recourante sur sa capacité de travail, que la position du Dr M. _____ ne s'inscrit pas en contradiction avec celle des experts, mais est au contraire congruente, puisqu'il a écrit dans son rapport du 16 septembre 2020 que malgré l'existence d'un substrat pour expliquer une partie des douleurs articulaires multiples, l'on pouvait suspecter des difficultés adaptatives importantes liées à l'ancien accident et une part de somatisation. Contrairement à ce qu'elle argue, le substrat organique qui explique en partie les douleurs a bel et bien été reconnu et pris en compte, toutefois il n'a pas été évalué comme influençant sa capacité de travail sur le plan médical, dans une activité adaptée.

En outre, les rapports médicaux produits dans le cadre de la présente procédure de recours ne sont pas suffisants pour jeter le doute sur les conclusions des experts. En effet, le Dr M. _____ n'a pas rapporté de nouvelle atteinte dans ses rapports des 7 mai et 16 septembre 2020 et il a explicitement refusé de se prononcer sur le taux d'invalidité de la recourante. Les considérations de la Dre Q. _____ dans son rapport du 8 juin 2020 ne sont pas objectivées médicalement ; elle ne rapporte pas

d'élément inconnu au moment de l'expertise et l'on ne saurait à l'évidence accorder une quelconque force probante à ses affirmations péremptoires selon lesquelles la recourante devrait percevoir une rente.

h) Après la reddition de la décision entreprise, plusieurs rapports médicaux font référence à une éventuelle aggravation l'état de santé de la recourante. Entre autres, la Dre Q._____ a relevé de multiples complications au niveau ORL ; la Dre A._____ a préconisé une correction chirurgicale en lien avec une incontinence urinaire et un prolapsus uro-génital ; le Dr M._____ a signalé des gonalgies bilatérales, et il a finalement opté pour une cure chirurgicale au niveau des épaules, réalisée le 3 septembre 2020 (cf. rapports produits avec la réplique). La recourante a en sus présenté des entorses (cf. rapport Centre hospitalier B._____ relatif au séjour hospitalier du 25 janvier au 26 février 2021), et une récurrence partielle de l'hallux valgus droit (cf. rapport de la Dre Q._____ du 22 avril 2021). Ces évolutions dépassent le cadre du présent litige, circonscrit aux événements antérieurs à la décision du 6 avril 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le cas échéant, il sera loisible à la recourante de présenter une nouvelle demande de prestations à l'OAI. Le SMR a d'ailleurs estimé qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante durant la seconde partie de l'année 2020 et le début de l'année 2021 n'était pas exclue (cf. avis du 18 mai 2021).

10. a) Sur les plans psychosomatique, neuropsychologique et psychiatrique, la recourante a formulé plusieurs critiques à l'égard du rapport d'expertise. Elle s'est prévaluée de ses nombreuses atteintes somatiques et objectivées, que le rapport d'expertise avait artificiellement transformé en douleurs psychogènes prétendument surmontables. Elle conteste également une quelconque majoration de ses plaintes, car ses douleurs ont un substrat organique multiple objectivé. Elle fait valoir que le volet psychiatrique de l'expertise ne serait pas assez étoffé, détaillé et circonstancié pour permettre une appréciation correcte, tenant compte des indicateurs idoines, qui n'ont pas été appliqués à satisfaction de droit.

b) L'expert F._____ a retenu comme diagnostics, dans le volet psychiatrique, des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il avait également retenu ces diagnostics à l'occasion de la première expertise.

En l'occurrence, de nombreux avis médicaux au dossier évoquaient un syndrome douloureux chronique ou une fibromyalgie (cf. rapports du Dr L._____ des 28 septembre 2012, 30 janvier 2015 et 24 juin 2015 ; du Dr J._____ du 22 septembre 2015 et 6 mai 2019 ; du Dr D._____ du 27 mai 2013 ; du Dr M._____ du 20 janvier 2014 ; du Dr G._____ du 18 septembre 2015 ; du Dr Y._____ du 29 février 2016). La Dre X._____, pour sa part, retenait un syndrome douloureux chronique, tout en excluant un syndrome douloureux somatoforme persistant vu les éléments organiques significatifs (cf. rapport du 7 août 2018).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, vu les nombreux points communs entre ces troubles. Dès lors que des facteurs psychosomatiques exercent une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie est indispensable pour en poser le diagnostic (ATF 132 V 65 consid. 4 et consid. 5 *supra*).

Il ressort du rapport du Dr F._____ que selon l'anamnèse, la requérante présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive, ces deux axes étant qualifiés de forts en plainte subjective. Selon ses observations cliniques en revanche, l'expertisée était anxieuse (intensité faible), et euthymique. A cet égard, l'expert a rapporté les plaintes en détail, organisées par lignées dans l'anamnèse systématique (lignée dépressive, lignée hypomaniaque et maniaque, lignée anxieuse, etc., p. 11 ss de son rapport). L'évolution de la symptomatologie qui avait un caractère chronique était trop longue pour retenir un diagnostic de trouble

de l'adaptation, la symptomatologie anxieuse était insuffisante et trop atypique pour retenir un diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologies, et la symptomatologie dépressive était insuffisante pour retenir un diagnostic dans ce groupe de pathologies. Le consensus entre les experts avait permis de retenir le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant. Le Dr F._____ a ainsi motivé les diagnostics qu'il a retenus, en se référant à son examen clinique et aux éléments anamnestiques. Il a dûment expliqué pour quelles raisons il ne retenait pas, au contraire des Drs Y._____, G._____ et X._____, de trouble dépressif récurrent. Il a en outre tenu compte de l'avis divergent de la Dre X._____ dans son rapport du 7 août 2018, et expliqué pour quelles raisons il s'en écartait. Il y a lieu de confirmer son appréciation lorsqu'il expose que ce rapport ne comportait pas de status psychiatrique, pas d'analyse des activités quotidiennes, ni de la cohérence. Le Dr F._____ a encore relevé que depuis décembre 2018, il n'y avait pas eu de suivi psychiatrique régulier, ce qui ne serait pas conforme aux règles de l'art s'il y avait une pathologie psychiatrique sévère. C'est le lieu de rappeler qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut être invalidant au sens juridique (ATF 143 V 418 consid. 5.2.2 ; TF 8C_280/2021 du 17 novembre 2021 consid. 6.2.2).

c) Quant à l'examen des indicateurs idoines (cf. consid. 5 *supra*), il y a lieu de constater que l'expert F._____ les a examinés à satisfaction de droit dans l'expertise en question, quoi qu'en dise la recourante. A cet égard, l'on relèvera que la brièveté (aux yeux de la recourante) de son rapport n'est pas déterminante, et qu'il y a lieu, au demeurant, de considérer ce dernier comme s'articulant avec celui de première expertise, puisque le Dr F._____ a participé aux deux expertises et qu'il a retenu les mêmes diagnostics et capacités de travail, à ces deux reprises. Il n'a ainsi pas retenu de motif d'exclusion, malgré plusieurs divergences constatées, notamment entre les plaintes subjectives et les atteintes objectivées, entre les symptômes psychiques décrits et les constatations cliniques, et entre les plaintes douloureuses et la non-observance du traitement antalgique (révélée par l'analyse sanguine réalisée pour la deuxième expertise). Il a évalué les ressources

adaptives de la recourante, et a examiné sa personnalité, ainsi que son contexte social. Afin d'apprécier la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie, l'expert a recueilli le déroulement détaillé d'une journée type de la recourante (rapport, p. 15 ss). Il avait également noté, dans le premier rapport d'expertise, qu'il n'y avait pas de notion de symptomatologie dépressive intense qui empêcherait totalement la recourante de poursuivre les activités sociales, familiales et ménagères, ce qui ne révélait pas de limitation fonctionnelle objective (rapport du 17 janvier 2018, p. 44).

Force est ainsi de constater qu'au contraire de ce que prétend la recourante, l'expert F. _____ a examiné les indicateurs idoines, motivé son appréciation et procédé à un examen matériel de la problématique. L'on ajoutera à toutes fins utiles que son analyse, en ce qu'elle tient compte de celle du Dr W. _____ en la citant, est d'autant plus convaincante, contrairement à ce qu'argue la recourante. En effet, les experts ont formellement retenu deux diagnostics pour lesquels des facteurs psychosomatiques entrent en ligne de compte, soit la fibromyalgie (« syndrome douloureux diffus de type fibromyalgie depuis 2010 ») et le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). L'évaluation globale, opérée par les experts en l'espèce, se révèle ainsi essentielle. En outre, la position d'un diagnostic dans une liste n'importe à l'évidence pas, et l'on ne voit pas ce que la recourante pourrait tirer de l'ordre dans lequel les diagnostics ont été listés par les experts.

d) Sur le plan neuropsychologique, l'experte I. _____ a indiqué que l'examen n'avait pas révélé d'élément probant pour un trouble cognitif. Elle a rapporté les plaintes de la recourante, soit principalement une propension aux oublis. Elle a tenu compte du rapport de la neuropsychologue C. _____ du mois d'avril 2019, selon lequel la recourante présentait un trouble cognitif léger, mnésique, à prédominance attentionnelle et exécutive, à mettre plutôt en lien avec le syndrome douloureux chronique et le syndrome anxiodépressif. Mme I. _____ a relevé une incohérence entre, d'une part, la capacité préservée de

l'expertisée à évoquer son histoire personnelle et médicale, les noms de ses médecins et leurs spécialités, ceux de ses traitements médicamenteux, et d'autre part les déficits mnésiques objectivés aux tests. Selon l'experte, il y avait un profil clairement évocateur d'une majoration des troubles, dans plusieurs tests sensibles au défaut d'effort (cf. rapport d'expertise, Mme I._____, p. 15). Il y avait des signes clairs de majoration, une faible cohérence interne à l'examen, et des marqueurs de défaut d'effort dans le profil psychométrique, dont le caractère conscient ou inconscient ne pouvait pas être déterminé (cf. idem, p. 19). L'experte I._____ a ainsi motivé de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle ne retenait aucun trouble cognitif invalidant et son appréciation ne prête pas le flanc à la critique du point de vue de la valeur probante.

e) Compte tenu des développements ci-avant, l'influence des pathologies psychiatriques et psychosomatiques de la recourante sur sa capacité de travail a été établie de manière probante.

f) Quant à l'éventuelle aggravation de l'état de santé psychique de la recourante après la décision litigieuse, notamment en lien avec son hospitalisation Centre hospitalier B._____, les mêmes remarques que celles du consid. 9/h ci-avant s'appliquent. Il convient en effet de constater que ce rapport d'hospitalisation est postérieur à la décision litigieuse et ne contient pas d'indication relative à la capacité de travail de la recourante spécifique à la période déterminante pour la présente procédure.

11. a) Tant du point de vue des diagnostics, que de sa capacité de travail dans une activité adaptée ou dans son activité habituelle, la recourante ne fait valoir aucun argument susceptible de jeter le doute sur les conclusions médicales des experts du R._____, suivies par l'intimé. Il s'ensuit que ce dernier était fondé à retenir qu'elle présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de femme de chambre depuis la fin du mois de février 2014, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle, avec une diminution de rendement de 10 %, depuis le 14 mars 2014.

b) Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou d'un stage d'observation professionnelle dans un COPAI, tels qu'elle les a requis, seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et les références citées).

Le recours à un centre d'observation professionnelle ne s'impose pas de manière systématique (TF 9C_522/2007 du 17 juin 2008 consid. 3.3.1 *in fine*). C'est le lieu de rappeler qu'au demeurant, selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent en principe sur les observations faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle. En effet, ces observations sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (TF 9C_762/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.3.1, 9C_83 et 9C_323/2018 du 20 août 2018 consid. 4.2).

12. a) Sur le plan économique, la recourante n'a pas élevé de critique particulière à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimé. Elle n'a pas contesté son statut d'active à 100 %, qui correspond à ses déclarations en procédure administrative. Elle avait en effet indiqué qu'elle travaillerait à 100 % comme femme de chambre pour des raisons financières, en l'absence d'atteinte à sa santé (questionnaires de détermination du statut économique des 23 avril 2012 et 7 novembre 2013). Elle n'a pas non plus contesté l'utilisation de statistiques pour l'établissement de ses revenus avec et sans invalidité, ni l'application d'un abattement de 5 % en raison de ses limitations fonctionnelles. Contrôlés d'office, les paramètres de calculs présentés dans la décision attaquée ne prêtent pas le flanc à la critique. Le degré d'invalidité calculé par l'intimé peut donc être confirmé ; il s'élève ainsi à 14,5 %.

b) Au vu de son degré d'invalidité inférieur à 40 %, le droit à une rente d'invalidité est fermé pour la recourant (cf. consid. 4b *supra*).

13. La recourante a exposé à plusieurs reprises lors de la procédure administrative qu'elle ne se sentait pas en mesure de reprendre une activité professionnelle. L'art. 7 al. 2 LPGA précise toutefois que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de la personne assurée, mais de savoir si on peut objectivement attendre d'elle qu'elle surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. En d'autres termes, pour établir si l'on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Or, en l'occurrence, les médecins ont clairement reconnu qu'on pouvait attendre d'elle la reprise d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ceci, à plein temps.

En ce qu'elle fait valoir que les activités d'ouvrière à l'établi ou d'opératrice de production ne seraient pas adaptées à son état de santé, la recourante perd de vue que les activités adaptées ont été décrites par l'OAI de manière exemplative, et plus large que dans ces deux occupations. L'OAI a en effet retenu : « activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, par exemple ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, opératrice de production (conditionnement, montage, emballage, préparation de commandes, contrôle qualité) » (cf. calcul du salaire exigible établi par le service de réadaptation de l'OAI, p. 846 du dossier). La recourante n'a en sus pas rendu vraisemblable que ces activités ne respecteraient pas ses limitations fonctionnelles reconnues.

Il est rappelé à toutes fins utiles que dans le courrier accompagnant la décision du 6 avril 2020, l'intimé a proposé à la recourante de lui octroyer une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

14. a) Au vu de ce qui précède, l'état de santé de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de gain, ne lui ouvrent pas le droit à une rente d'invalidité. L'intimé était ainsi fondé à rendre sa décision de refus du 6 avril 2020. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, en application de l'art. 82a LPGA). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu l'issue du litige.

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Mme Z. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :