

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, mariée et mère de trois enfants adultes, en Suisse depuis 1994, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 18 juin 2016 pour cause de myélome multiple, fibromyalgie et périarthrite de la hanche gauche.

Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique du 1^{er} avril 2016, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Service médical régional (SMR) de l'OAI, n'a posé aucun diagnostic invalidant sur le plan ostéoarticulaire. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une fibromyalgie, une légère attitude scoliotique lombaire à concavité gauche, un status après radiothérapie d'une lésion lytique de la tête fémorale gauche sur myélome multiple et un léger hallux valgus bilatéral. Il a considéré que la radiothérapie pour la lésion lytique de la hanche gauche pouvait justifier une incapacité de travail limitée dans le temps, tout au plus jusqu'au 15 décembre 2015, date à laquelle la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et hématologie, avait constaté que le myélome multiple était devenu asymptomatique (cf. rapport du 4 janvier 2016). Sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail était ainsi restée totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec l'absence de limitation fonctionnelle concernant la hanche gauche.

Le 14 juin 2016, une enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée. Du rapport y relatif du 22 juin 2016, il résulte qu'un statut de personne 100% active lui a été reconnu.

Par décision du 9 novembre 2016 confirmant un projet de décision du 13 juillet 2016, l'OAI a accordé à l'assurée une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} décembre 2015 au 31 mars 2016, en raison de la radiothérapie liée au myélome multiple à la hanche gauche, étant

précisé que, dès le 16 décembre 2015, ce dernier est devenu asymptomatique.

b) Le 28 janvier 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, essentiellement pour des motifs psychiatriques (état anxiodépressif sévère), mais également en raison d'une aggravation du syndrome douloureux chronique généralisé.

Par avis du 27 mai 2020, le SMR a admis un changement de l'état de santé de l'assurée depuis la décision rendue le 9 novembre 2016 et a mentionné qu'il fallait poursuivre l'instruction en interrogeant le médecin traitant et les médecins psychiatres qui suivaient l'intéressée.

Dans le formulaire de détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a indiqué, le 7 juin 2020, qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé, pour des raisons financières.

Sur demande de l'OAI, la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale et infectiologie et médecin traitant de l'assurée, a, dans un rapport du 23 juin 2020, posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicobrachialgies droites multifactorielles, de douleurs chroniques musculosquelettiques sur fibromyalgie, de douleurs d'allure neuropathique des membres inférieurs, de myélome multiple IgG, de lipomes multiples douloureux, de diabète de type II, ainsi que d'état dépressif traité. Elle précisait que sa patiente souffrait d'un syndrome douloureux chronique depuis plusieurs années avec douleurs diffuses mal systématisées, d'hyperalgie au toucher, d'asthénie importante l'invalisant beaucoup, avec diminution progressive de toute activité physique et déconditionnement. A titre de limitations fonctionnelles, elle mentionnait que la douleur empêchait sa patiente d'effectuer des efforts soutenus et de la marche prolongée, ainsi que d'utiliser ses bras. Elle concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité et précisait n'avoir constaté aucune amélioration de son état de santé malgré de multiples traitements tentés. La Dre T._____ a fourni, en annexe à son rapport, divers documents médicaux, dont :

- un rapport du 27 mai 2020 qui lui a été adressé, émanant du Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur auprès de l'Institut U._____, lequel a posé les diagnostics de douleurs chroniques musculosquelettiques primaires rentrant dans le cas d'une fibromyalgie, d'omalgies droites secondaires à une possible tendinopathie, de cervicalgies possiblement secondaires à un syndrome facettaire et de douleurs d'allure neuropathique des membres inférieurs probablement secondaires à une neuropathie des petites fibres. A l'examen clinique, le médecin précité a noté des douleurs diffuses à la palpation de quasiment la totalité du corps, des signes de tendinopathie et de conflit sous-acromial de l'épaule droite et une absence de signes irritatifs radiculaires. La patiente rapportait également une hypoesthésie au toucher grossier et fine de tout le membre supérieur droit sans atteinte de dermatome précis. Le Dr H._____ préconisait une prise en charge multimodale (médicamenteuse, physique, psychosociale et interventionnelle) ;
- un rapport du 13 novembre 2019 de la Dre D._____, laquelle précisait que sa patiente présentait toujours un myélome asymptomatique sans aucun signe de progression et qu'elle signalait toujours des douleurs osseuses connues des deux hanches et du bassin pour lesquelles une IRM [imagerie par résonance magnétique] avait été effectuée en mai 2019 qui ne montrait pas de lésions suspectes ;
- un rapport d'IRM du rachis cervical du 5 août 2019, faisant état d'un canal cervical étroit de C3 à C6, de discopathie étagées de C2 à C6, sans conflit radiculaire et de minime empreinte discale sur la face antérieure du cordon médullaire en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, sans signe de myélopathie ;

- un rapport du 29 juin 2016 de la Dre B._____, spécialiste en rhumatologie, aux termes duquel est évoqué un syndrome douloureux chronique.

Sur demande de l'OAI, les Drs L._____, et X._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie et médecins auprès du Centre C._____, ont établi un rapport le 14 juillet 2020, dans lequel ils ont retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) depuis 2014, précisant qu'ils n'avaient pas constaté d'amélioration de l'état psychique mais que les angoisses et le sommeil s'étaient légèrement améliorés. Evoquant un pronostic médiocre, les médecins précités ont mentionné que la patiente prenait un antidépresseur, soit du Trittico 100mg au coucher et du Relaxane, 4 cp par jour. A titre de limitations fonctionnelles, ils ont indiqué un ralentissement psychomoteur avec perte de l'élan vital, l'absence de plaisir et de motivation à effectuer les tâches de la vie quotidienne, une incapacité à se projeter dans l'avenir, des peurs et des angoisses permanentes liées à sa santé physique, des troubles de la mémoire, parfois de la concentration et de l'attention, un sentiment d'inutilité et de déception de ne pas pouvoir travailler. Le manque d'énergie psychique et physique et les angoisses permanentes entravaient le quotidien de la patiente, sans compter les douleurs physiques invalidantes, ainsi que le trouble de la mémoire qui réduisait énormément son investissement dans les tâches ménagères. Selon les Drs L._____, et X._____, la capacité de travail dans toute activité était nulle.

Par avis du 3 novembre 2020, le SMR a en substance relevé que depuis la précédente décision du 9 novembre 2016, le myélome était toujours asymptomatique et le syndrome fibromyalgique déjà connu. Des troubles dépressifs sans traitement psychotrope intensif étaient nouvellement décrits, sans qu'une évaluation objective puisse être réalisée compte tenu de la barrière linguistique, ainsi que d'un contexte psychosocial défavorable. Il y avait ainsi lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne pour permettre une évaluation objective consensuelle avec

l'analyse des ressources mobilisables selon les indicateurs standards jurisprudentiels et en faisant abstraction des facteurs extramédicaux.

L'expertise en question a été confiée au J. _____ SA (ci-après : le [...]), en particulier aux Drs W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, F. _____, spécialiste en médecine interne générale et R. _____, spécialiste en rhumatologie. Dans le rapport y relatif du 16 avril 2021, les experts ont retenu les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail de douleurs de hanches sur séquelles d'une atteinte lytique sur myélome (C90.3), de fibromyalgie (M79.7), de hallux valgus bilatéral avec arthrose (M20.1), de cervicalgies sur discopathies dégénératives sans atteinte radiculaire ou médullaire (M50.3), de diabète de type II (E11), d'hypertension artérielle (I10), de syndrome d'apnée obstructive du sommeil de degré léger, non appareillé (G47.3) et de trouble anxiodépressif mixte léger (F41.2). Les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique étaient les suivantes : éviter le port de charges lourdes au-delà de 8 kg, les gestes répétitifs en flexion antérieure du rachis lombaire avec port de charges et aussi le port de charges justifiant de façon associée de rotation du rachis cervical. Les experts ont conclu à une capacité de travail dans l'activité habituelle de 70% sur un taux horaire de 100% avec baisse de rendement de 30% d'ordre rhumatologique, depuis 2013, en tant qu'aide de cuisine et, dans une activité adaptée sans port de charges lourdes, avec un poste mi-assis, mi-debout, de 100% depuis toujours, sur le plan rhumatologique. Ils ont précisé que la baisse de rendement, d'ordre rhumatologique, était motivée par la nécessité de pauses du fait des douleurs alléguées.

Par avis du 11 mai 2021, le SMR a précisé qu'il n'avait pas de raisons de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du J. _____ SA, dans lequel les experts décrivaient une aggravation, en mai 2018, de l'état de santé de l'assurée avec l'apparition d'une atteinte cervicale dégénérative.

Par projet de décision du 17 mai 2021, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi de mesures

professionnelles et d'une rente d'invalidité, le degré d'invalidité reconnu étant inférieur à 40%. Il lui a en revanche été accordé une aide au placement qu'elle a cependant refusée, estimant que son état de santé ne lui permettait pas d'envisager une telle mesure.

En date du 19 mai 2021, les Drs L._____ et X._____ ont transmis à l'OAI les réponses aux questions de l'expert W._____ datées du 16 mars 2021 et adressées directement à l'intéressé, libellées en ces termes :

**« 1. Depuis quand l'expertisée est-elle suivie par vos soins ?
Pour quels diagnostics et à quelle fréquence ?**

Mme Z._____ est suivie au Centre C._____ depuis juillet 2019.
Diagnostic : Episode dépressif moyen avec syndrome somatique à une fréquence d'une à deux fois par mois.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui empêchent l'expertisée de travailler, selon vos propres constatations objectives ?

La patiente présente un ralentissement psychomoteur avec une perte de l'élan vital. Elle n'a pas de plaisir ni de motivation à effectuer les tâches de la vie quotidienne. Elle évoque une incapacité à se projeter dans l'avenir (ses projets dépendraient de sa santé selon elle). Elle présente des peurs et des angoisses permanentes liées à sa santé physique. Elle manifeste des troubles de la mémoire, parfois de la concentration et de l'attention (ceci n'a pas été investigué en raison de la barrière linguistique). Elle dit se sentir inutile et être déçue de ne pas pouvoir travailler.

Le manque d'énergie psychique et physique, ainsi que les angoisses permanentes entravent le quotidien de Mme Z._____, sans compter ses douleurs physiques invalidantes, ainsi que son trouble de la mémoire qui réduit énormément son investissement dans les tâches ménagères (elle dit que ses douleurs et les oublis l'empêchent d'effectuer les différentes tâches).

3. Est-ce que l'expertisée est compliant envers votre prise en charge ?

Mme Z._____ est compliant envers sa prise en charge et envers le traitement psychotrope.

4. Vos remarques ?

Nihil. »

Le 17 juin 2021, l'assurée, désormais représentée par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, s'est opposée au

projet précité. Elle a fait en substance valoir que les experts avaient exclu arbitrairement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en mettant en doute la véracité des plaintes exprimées et en déniaient toute atteinte somatique, si bien qu'il convenait de reprendre l'instruction afin de déterminer sa capacité de travail. En outre, elle a estimé qu'il y avait lieu de prendre en compte un taux d'abattement supérieur à 10% compte tenu notamment de l'âge, de l'absence de formation professionnelle et de la barrière linguistique.

Par décision du 16 juillet 2021, l'OAI a confirmé le projet du 17 mai 2021 de refus d'octroi, en faveur de l'assurée, de mesures professionnelles et d'une rente.

Un courrier, daté du même jour, a été adressé au conseil de l'assurée, dans lequel l'OAI a exposé notamment ce qui suit :

« Selon les éléments médicaux contenus au dossier et de l'évaluation de l'expert rhumatologue, ce dernier retient qu'objectivement, les limitations fonctionnelles anatomiquement expliquées sont très modestes avec une cervicarthrose générant une petite limitation fonctionnelle cervicale et la nécessité de précautions, l'absence d'éléments évocateurs d'une tendinopathie des épaules, des dorso-lombalgies sur une cyphose-scoliose restant banale et une limitation de hanche droite pouvant relever des suites de l'atteinte lytique, mais celle-ci est objectivement stabilisée. Les limitations fonctionnelles objectives rhumatologiques génèrent la nécessité d'éviter le port de charges lourdes, les gestes répétitifs en flexion antérieure du rachis lombaire avec port de charges et aussi le port de charges justifiant de façon associée de rotation du rachis cervical, soit une limitation dans une activité physique comme celle d'aide en cuisine.

Dans l'activité exercée jusqu'en 2013 d'aide en cuisine, votre mandante n'a pas de limitation en termes d'heures de travail soit une capacité de travail de 100%, mais présente une baisse rendement du fait de la nécessité de pauses, des douleurs décrites avec une baisse de rendement à hauteur de 30% et en rapport avec les limitations fonctionnelles objectives rhumatologiques.

Ceci étant, dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes, avec un poste mi-assis, mi-debout, son aptitude au plan strictement rhumatologique est de 100% depuis toujours.

L'expert psychiatre n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, car les douleurs de votre mandante ne sont ni persistantes, ni pénibles ni sévères et n'est pas accompagnée de baisse de la thymie. Elle a pu rester dans la même position sans

bouger de sa chaise pendant une heure et demie. La souffrance ne vient pas entraver toutes les activités de la vie quotidienne.

Le médecin traitant de votre mandante retient la difficulté pour sa patiente d'envisager une reprise professionnelle mais s'abstient de définir l'étendue d'une éventuelle capacité de travail résiduelle, respectivement des limitations fonctionnelles et la baisse de rendement qui grèverait cette capacité. Dans son rapport d'octobre 2019, le médecin traitant insiste sur les aides dont bénéficie l'assurée dans la réalisation des tâches ménagères afin de conclure à l'impossibilité de reprendre toute activité. Cette problématique n'est cependant pas ignorée par les médecins experts. Ces derniers ne retiennent pas que l'assurée soit en mesure de réaliser seule l'entier des tâches nécessaires à la conduite d'un ménage, mais précise qu'elle conserve des capacités non négligeables afin d'en effectuer certaines, spécialement les tâches légères. »

L'OAI a ainsi estimé que le rapport d'expertise du J. _____ SA avait pleine valeur probante et que la contestation de l'assurée ne fournissait aucun élément de fait nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par les experts. Enfin, le taux d'abattement retenu de 10% s'inscrivait parfaitement dans la ligne de la jurisprudence rendue dans le domaine.

B. Par acte du 14 septembre 2021, l'assurée, sous la plume de son conseil, a déféré la décision du 16 juillet 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, principalement, à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité complète dès le 27 janvier 2020 et, le cas échéant, de mesures utiles de reclassement professionnel et d'aide au placement. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvel examen, en particulier pour la mise en place d'une enquête ménagère. Elle conteste en substance la capacité de travail retenue par les experts du J. _____ SA, estimant que l'expertise n'est pas probante et soutient que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire, dans la mesure où il n'y a pas eu d'enquête ménagère. Elle fait également valoir que le trouble somatoforme douloureux dont elle souffre entraîne des limitations fonctionnelles invalidantes. Enfin, elle allègue qu'un taux d'abattement de 25% doit être retenu - et non de 10% - pour tenir compte de tous les facteurs qui la désavantagent (absence de formation professionnelle, barrière linguistique importante, âge, maigre

expérience professionnelle). A titre de réquisition, la recourante sollicite notamment la production du volume d'affaire chiffré confié au J. _____ SA par l'OAI sur les cinq dernières années.

Dans sa réponse du 22 novembre 2021, l'intimé propose le rejet du recours, en réfutant les griefs soulevés par la recourante. Il considère que l'expertise du J. _____ SA a pleine valeur probante et relève, en se fondant sur un avis SMR du 18 novembre 2021, que tant le rapport médical du 9 septembre 2021 du Centre C. _____ que celui du 27 mai 2020 de l'Institut U. _____ n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier sa position sur le plan médical. Il mentionne que compte tenu de l'évaluation économique sur le ménage de juin 2016 qui proposait de retenir un statut de personne 100% active, une enquête à domicile des empêchements dans l'accomplissement des tâches ménagères n'a pas lieu d'être. Finalement, il précise n'avoir aucune raison de s'écarter du taux d'abattement de 10% retenu dans la décision litigieuse.

Répliquant le 27 janvier 2022, la recourante revient sur les différents griefs soulevés, en faisant valoir notamment que les constatations de l'expert psychiatre sont en totale contradiction avec celle de l'expert de médecine interne générale et des autres médecins qu'elle a consultés, en particulier s'agissant du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et de la capacité à effectuer les activités de la vie quotidienne. Elle rappelle la nécessité d'une enquête économique sur le ménage qui aurait permis de pallier les contradictions entre les rapports d'expertises entre eux, et avec les autres rapports médicaux présents au dossier, ce d'autant qu'elle n'avait plus exercé d'activité professionnelle depuis 2012 et qu'elle avait toujours travaillé à temps partiel (50%). Enfin, elle estime justifié de prendre en compte un taux d'abattement de 25% compte tenu des facteurs évoqués dans le recours.

Par duplique du 14 février 2022, l'intimé précise que le grief d'apparence de partialité du J. _____ SA et en particulier de l'expert psychiatre, soulevé par la recourante, doit être écarté, de même que la

réquisition de cette dernière tendant à la production du volume d'affaires chiffré confié au J. _____ SA, élément qui ne permet pas à lui seul de conclure à un manque d'objectivité et à la partialité de l'expert.

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 l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'office intimé à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée au mois de janvier 2020, singulièrement sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante de nature à justifier, suivant les conclusions du recours, l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 27 janvier 2020.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et

qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité

alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

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

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence

d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) Selon la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des

éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 9 novembre 2016 et la décision litigieuse du 16 juillet 2021, l'état de santé de l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations d'assurance.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande de la recourante, l'OAI s'est fondé essentiellement sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 1^{er} avril 2016, dans lequel le Dr G._____, n'avait retenu aucun diagnostic incapacitant sur le plan ostéoarticulaire et, comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une légère attitude scoliotique lombaire à concavité gauche, un status après radiothérapie d'une lésion lytique de la tête fémorale gauche sur myélome multiple et un léger hallux valgus bilatéral. Le médecin précité avait considéré que la radiothérapie pour la lésion lytique de la hanche gauche pouvait justifier une incapacité de travail limitée dans le temps, tout au plus jusqu'au 15 décembre 2015, date à laquelle la Dre D._____ avait constaté que le myélome multiple était devenu asymptomatique. Sur le plan ostéoarticulaire, la capacité de travail était

restée totale, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec l'absence de limitation fonctionnelle concernant la hanche gauche.

Sur cette base, l'intimé avait retenu, dans sa décision du 9 novembre 2016 entrée en force, que la recourante était en incapacité totale de travailler dès août 2014 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 14 décembre 2015 et qu'elle disposait d'une capacité de travail totale dès le 15 décembre 2015, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Il lui a ainsi accordé une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2015 au 31 mars 2016.

b) L'assurée a déposé une seconde demande de prestations, invoquant une aggravation de son état de santé, essentiellement sur le plan psychique, mais également en lien avec le syndrome douloureux chronique généralisé. Dans ce contexte, le SMR a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique auprès du J. _____ SA.

Dans le cadre de leur analyse, les experts ont en particulier retenu que la recourante avait effectivement connu une aggravation de son état de santé à partir de 2018 avec la découverte d'une atteinte cervicale dégénérative qui s'ajoutait aux douleurs de hanche sur atteinte myélomateuse, si bien que sa capacité de travail était de 70% (baisse de rendement de 30%) dans l'activité habituelle d'aide en cuisine et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique. Se fondant sur le rapport d'expertise du J. _____ SA, l'intimé a, par décision du 16 juillet 2021, refusé l'octroi de prestations à la recourante, dans la mesure où son degré d'invalidité était inférieur à 40%. Celle-ci conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision et considère que l'expertise réalisée par le J. _____ SA n'est pas probante.

aa) Sur le plan de la médecine interne, l'experte F. _____ a fait état de diagnostics sans impact sur la capacité de travail (diabète de type II, E11, hypertension artérielle, I10, et syndrome d'apnée obstructive du sommeil [SAOS] de degré léger, non appareillé, G47.3). En effet,

l'hypertension artérielle était traitée depuis 2017 avec des valeurs équilibrées sous traitement, le diabète de type II diagnostiqué et traité depuis 2019 se révélait sans complication et avec un équilibre grâce au traitement bien conduit et le respect des mesures hygiéno-diététiques. Enfin, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil de degré léger, avec essentiellement des hypopnées, n'avait pas abouti à l'indication d'un appareillage. Les affections de médecine interne ne revêtaient ainsi aucun caractère incapacitant, si bien que la capacité de travail, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avait toujours été totale du point de vue de la médecine interne générale. L'appréciation de l'experte F._____ est convaincante et n'appelle pas de commentaire particulier. Du reste, aucune pièce médicale au dossier ne vient contredire ses conclusions. En outre, la recourante ne formule pas de critiques envers le volet de médecine interne générale auquel une pleine valeur probante peut être conférée.

bb) Sur le plan rhumatologique, l'experte R._____ a retenu les diagnostics de douleurs de hanche sur séquelles d'une atteinte lytique sur myélome, C90.3, de fibromyalgie, M79.7, de hallux valgus bilatéral avec arthrose, M20.1, et de cervicalgies sur discopathies dégénératives sans atteinte radiculaire ou médullaire, M50.3. Elle a expliqué que les douleurs à la hanche gauche sur atteinte myélomateuse étaient devenues incapacitantes depuis 2018 et que l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis la même année avec l'atteinte cervicale dégénérative associée, raison pour laquelle elle a conclu à une capacité de travail avec baisse de rendement de 30% dans l'activité d'aide en cuisine exercée jusqu'en 2013 et de 100% dans une activité adaptée, à savoir sans port de charges lourdes, avec un poste mi-assis, mi-debout. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'experte précitée a précisé que celui-ci devait être retenu vu le score de fibromyalgie positif à 22, les douleurs sur les 18 points de Yunus, les troubles à type d'asthénie et les troubles du sommeil bien que majorés par un syndrome anxiodépressif associé. Elle a constaté des douleurs palpatoires au niveau des membres supérieurs, du rachis cervical, du rachis dorsal, du rachis lombaire, des hanches et des membres inférieurs. Elle a toutefois relevé une incohérence entre les

lésions anatomiques objectives présentées par la recourante et les incapacités telles que décrites par l'expertisée qui se disait inapte à toute activité ménagère. Elle a mentionné qu'objectivement, les limitations fonctionnelles anatomiquement expliquées étaient très modestes avec une cervicarthrose générant une petite limitation fonctionnelle cervicale et la nécessité de précautions. L'experte rhumatologue n'a cependant pas expliqué en quoi le diagnostic de fibromyalgie qu'elle a retenu n'était pas invalidant, se contentant de préciser qu'il y avait « d'autres causes possibles aux douleurs » (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2021, p. 25). Or il s'avère que, dans le cadre d'une fibromyalgie, l'origine des douleurs peut difficilement être expliquée, compte tenu de la composante psychique. Il ressort en outre du descriptif de la journée-type de l'expertisée que celle-ci réalise avec peine les activités ménagères sans l'aide de son mari ou de sa fille et qu'elle mène une vie sociale restreinte. Celle-ci ne semble donc pas disposer d'autant de ressources que ne le laisse entendre l'experte rhumatologue. On ne saurait ainsi accorder une pleine valeur probante au volet rhumatologique du rapport d'expertise ce d'autant plus qu'il existe des incohérences entre ce volet et le volet psychiatrique comme on le verra ci-après.

cc) Dans le registre psychiatrique en effet, l'expert W. _____ a écarté le diagnostic de fibromyalgie ou plus largement de trouble somatoforme, en se limitant à mentionner que les douleurs de la recourante n'étaient « ni persistantes, ni pénibles, ni sévères », que celle-ci avait pu rester dans la même position sans bouger de sa chaise pendant une heure et demie et que la souffrance ne venait pas entraver toutes les activités de la vie quotidienne. Ces affirmations péremptoires sont cependant insuffisantes pour écarter un diagnostic qui a été évoqué depuis de nombreuses années par plusieurs spécialistes qui ont suivi la recourante. Tout d'abord, la Dre T. _____ a mentionné l'existence d'une fibromyalgie depuis 2007 dans son rapport du 13 juillet 2015. Ensuite, la Dre D. _____, rhumatologue, a décrit des douleurs ostéoarticulaires généralisées (non liées au myélome ; cf. rapport du 12 janvier 2016). Le Dr G. _____ a également retenu, lors de son évaluation rhumatologique, des douleurs palpatoires diffuses qui débordaient largement des points de

fibromyalgie et compatibles avec un tel diagnostic, les scores étant « largement positifs » (cf. rapport du 1^{er} avril 2016). La Dre B._____ a fait, elle aussi, part de douleurs généralisées à la palpation lors d'une examen clinique pratiqué en 2016 et a évoqué un syndrome douloureux chronique (cf. rapport du 29 juin 2016). Enfin, le Dr H._____ a retenu les critères d'une fibromyalgie avec possible neuropathie des petites fibres. Le fait pour l'expert W._____ d'avoir ainsi écarté le diagnostic de fibromyalgie sans aucune motivation et en contradiction avec l'expert rhumatologue, ainsi que les autres médecins consultés par la recourante, suffit à jeter le discrédit sur son appréciation. A cela s'ajoute que l'expert W._____ a retenu le diagnostic de trouble anxiodépressif mixte léger, expliquant n'être pas « tout à fait » d'accord avec le diagnostic retenu par le psychiatre traitant, dans la mesure où les signes cliniques d'un épisode dépressif moyen n'avaient pas été observés, ni pendant l'entretien, ni selon l'anamnèse. Il a en outre précisé qu'au moment de la rédaction de son rapport, il n'avait pas encore reçu les renseignements demandés au psychiatre traitant de l'expertisée. Or on peut s'étonner qu'il n'ait pas attendu de recevoir l'avis du psychiatre traitant avant de se prononcer et d'établir un diagnostic. En l'occurrence, le psychiatre traitant a confirmé, dans un rapport du 16 mars 2021, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique présent depuis 2014, déjà mentionné dans un rapport de juillet 2020. Cette divergence de diagnostic n'est pas expliquée de manière convaincante par l'expert psychiatre qui mentionne le rapport du psychiatre traitant du 14 juillet 2020 et l'avis SMR du 3 novembre 2020 sans les discuter.

S'agissant plus particulièrement de l'analyse du cas à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence (cf. consid. 5c *supra*), l'appréciation de l'expert W._____ est là aussi insuffisante. Alors que tant la médecin traitante que le psychiatre traitant mentionnent des troubles de la sphère cognitive chez la recourante (troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention) qui, selon eux, ont une incidence sur sa vie quotidienne et ses ressources (ne parvient pas à s'adapter au changement, difficultés dans la gestion des tâches quotidiennes, difficultés dans la gestion du stress, perte d'énergie

psychique et physique, isolement social, cf. notamment rapports des 23 juin 2020 et 14 juillet 2020), l'expert W._____ constate que tel n'est pas le cas au moment de l'expertise et que celle-ci dispose de bonnes ressources (cf. rapport d'expertise, p. 11). Il évoque cependant une capacité de résistance et d'endurance légèrement diminuée en raison des douleurs alléguées mais n'a pas tenu compte de cette limitation - certes, légère de son point de vue - lorsqu'il a fixé la capacité de travail de l'assurée à 100% sans aucune restriction. A défaut de motivation, l'appréciation de l'expert apparaît donc sujette à caution sur ce point également. Il sied en outre de constater que la description d'une journée-type de l'expertisée par l'expert W._____ (cf. volet psychiatrique du rapport d'expertise, p. 8) ne correspond pas à celle décrite par l'expert rhumatologue (cf. volet rhumatologique du rapport d'expertise, p. 22-23). Alors que l'expert psychiatre mentionne que la recourante fait le ménage et la lessive avec l'aide de ses filles, l'expert rhumatologue indique que la recourante ne fait plus aucune tâche ménagère en raison de ses douleurs. La Cour de céans n'est ainsi pas en mesure de déterminer quel est réellement l'impact des douleurs et atteintes de la recourante sur les activités de la vie quotidienne, de même que sur sa capacité de travail.

Des considérations qui précèdent, il résulte que les conclusions de l'expert psychiatre du J._____SA ne permettent pas d'établir valablement s'il y a eu aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique depuis la dernière décision entrée en force et ne sauraient donc être suivies.

dd) On relèvera encore que l'appréciation consensuelle des experts du J._____SA (cf. rapport d'expertise du 16 avril 2021, pp. 3 à 5) laisse perplexe. Ces derniers se sont en effet contentés de résumer leurs positions respectives sans vraiment procéder à une discussion prenant en compte la situation dans sa globalité. Ils ont également listé tous les diagnostics retenus sans les discuter plus avant. A cet égard, il est évoqué brièvement que le diagnostic de fibromyalgie est retenu sans son versant psychiatrique de trouble somatoforme. On peine à comprendre cette remarque dès lors que le diagnostic de fibromyalgie - retenu par l'expert

rhumatologue - repose également sur des facteurs psychosomatiques qui ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. En définitive, l'expertise du J._____SA ne permet pas de statuer à satisfaction de droit sur le caractère invalidant de la fibromyalgie présentée par la recourante, compte tenu également d'une éventuelle comorbidité psychiatrique et des autres atteintes somatiques.

c) Les rapports des médecins traitants, produits postérieurement à l'expertise du J._____SA, ne permettent pas davantage de trancher le litige. Les psychiatres traitants en particulier du Centre C._____ confirment, dans leurs rapports des 16 mars 2021 et 9 septembre 2021, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique selon les critères de la CIM-10 depuis juillet 2019 à tout le moins, en raison des symptômes présentés par la recourante, mais n'expliquent pas quelle est la réelle incidence de ce diagnostic, associé à une fibromyalgie, sur la capacité de travail de la recourante et s'il y a eu une véritable aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force en lien avec ce diagnostic.

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

b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer si la recourante présente une

aggravation de son état de santé, depuis la dernière décision entrée en force rendue le 9 novembre 2016, susceptible d'influer sur sa capacité de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé d'ordonner une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) et d'y procéder conformément aux règles applicables en la matière (art. 44 LPGA). Cela fait, il lui reviendra de déterminer s'il y a lieu ou non d'effectuer une enquête ménagère avant de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante, étant toutefois précisé que dans le cadre du formulaire idoine complété par l'intéressée le 7 juin 2020, cette dernière a indiqué qu'elle travaillerait à 100% sans atteinte à la santé et ce, pour des raisons financières.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Ainsi, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 16 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :