

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 835 vom 23. Januar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-01-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_835](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__835)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 835 du 23 janvier 2023

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 835 del 23 gennaio 2023

## Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FIBROMYALGIE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, LOMBALGIE, FORCE PROBANTE, MIGRAINE, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE, HALLUX VALGUS | 28 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 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.

### E. 3

Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> 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).

### E. 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).

#### **E. 4.4**

et les références citées).

#### **E. 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.

## **E. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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.

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<sup>er</sup> 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. Quoiqu'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 réfère 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 acromio-claviculaire, 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).

#### **E. 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 recourante 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 adaptatives 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.

## **E. 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).

#### **E. 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 recourante (cf. consid. 4b supra ).

#### **E. 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).

#### **E. 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 ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.