

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Perdrix, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI; 27bis RAI.

E n f a i t :

A. Par certificat médical du 21 décembre 2006, le Dr R._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale, a diagnostiqué chez S._____, (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1952, employée de commerce à mi-temps auprès de la F._____ à [...], un carcinome épidermoïde peu différencié de l'amygdale et de la base de la langue à gauche avec métastases cervicales. Il attestait d'une incapacité de travail totale de durée indéterminée à partir du 28 novembre 2006.

Selon un rapport médical du 20 juillet 2007 adressé à la F._____, assureur perte de gain de l'assurée, la Dresse J._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a retenu une incapacité de travail totale du 24 novembre 2006 au 28 octobre 2007, puis de 25% dès le 29 octobre 2007.

Dans une lettre du 14 septembre 2007 à l'intention du Dr R._____, le Prof. Y._____ du Service de radio-oncologie au [...] s'est notamment exprimé comme suit sur le cas de l'assurée:

"Anamnèse intermédiaire:

Six mois après la fin de la radio-chimiothérapie, Mme S._____ se sent beaucoup mieux. Nette amélioration de sa dysphonie, n'a plus de dysphagie, pas de dysgueusie, nette amélioration de la salive.

Status:

Patiente en excellent état général, antictérique et apyrétique. Au status local: pas de fibrose cervicale. Pas de télangiectasies. A l'ouverture buccale, salivation correcte, pas de lésion suspecte visible à la laryngoscopie indirecte. Pas de ganglion palpable dans les aires ganglionnaires cervicales ni sus-claviculaires. [...]

Conclusion:

Six mois après sa radio-chimiothérapie à visée curative, patiente en rémission clinique complète.

Sachant qu'elle est suivie systématiquement par la LVCA ORL ainsi que par vous-même, un prochain rendez-vous de contrôle dans notre Service est prévu dans une année."

Un protocole opératoire établi le 12 novembre 2007 par la Dresse J._____ suite à une opération comportant une laryngo-

pharyngoscopie directe, une oesogastroskopie et une ablation de PEG et PAC, décrit une opération sans complications particulières ainsi qu'un traitement post-opératoire antalgique avec une reprise du travail prévue le 19 novembre 2007.

L'assurée a complété un formulaire de détection précoce en date du 29 janvier 2008. Elle mentionnait une incapacité de travail de 100% dès le 28 novembre 2006 en raison d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche de la base de la langue et du palais de stade III.

Dans un rapport d'évaluation du 20 février 2008 consécutif à un entretien du 7 février 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a relevé que sur le plan physique, l'assurée se sentait très fatiguée, manquait de salive, avait une nourriture adaptée et rencontrait des difficultés de concentration. Elle disait avoir de la peine avec le stress lié à son travail dans les assurances sans qu'il n'existe de poste adapté à ses problèmes de santé auprès de son employeur. L'OAI constatait qu'un changement d'orientation professionnelle dans le social était souhaité par l'assurée. L'intéressée précisait se trouver en incapacité de travail à 50% dans son emploi à mi-temps (soit 25%). Son travail administratif s'effectuait tous les après-midi, sans port de charges conséquent, principalement en position assise avec de courts déplacements dans les locaux. L'OAI concluait que la reconversion souhaitée dans le domaine social ne semblait pas très réaliste.

Le 10 mars 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle ou à l'octroi d'une rente. Elle a précisé être femme au foyer à 50% et travailler à 50% à la F. _____ pour un salaire mensuel brut de 3'240 francs.

Selon le dossier de l'assureur perte de gain, F. _____ SA, celui-ci a versé des indemnités journalières à 100% du 26 février au 18 novembre 2007, et à 50% dès le 19 novembre 2007.

Dans un rapport médical du 3 avril 2008, le Dr A._____, médecin-assistant ORL, a diagnostiqué un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche et à la base de la langue de stade III, traité par radio-chimiothérapie en 2007. Ce traitement était terminé en mars 2007 avec une rémission complète de la maladie. Il a mentionné une incapacité de travail de 100% du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007 avec une reprise à temps partiel en 2008 (ce dernier taux devant être confirmé par la Dresse J._____).

Dans un rapport médical du 7 avril 2008 à l'OAI, la Dresse J._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche et de la base de langue de stade cT3N2bM0, traité par radio-chimiothérapie du 16 janvier au 6 mars 2007. Cette médecin a indiqué dans l'anamnèse une rémission locorégionale avec traitements prodigués sous forme de radio-chimiothérapie, soutien nutritionnel par PEG, drainages lymphatiques cervicaux, endoscopies et IRM de contrôle. La Dresse J._____ a encore relevé que l'assurée présentait une asthénie importante, une fatigabilité, une xérostomie, une augmentation du temps nécessaire aux repas, un accroissement du temps de récupération ainsi qu'une limitation à l'effort physique léger. Elle réservait son pronostic, indiquant un risque de récurrences non négligeable. Elle précisait que l'incapacité de travail avait été de 100% du 28 novembre 2006 au 18 novembre 2007, puis de 50% dès le 19 novembre 2007 jusqu'à ce jour. Elle observait que l'assurée avait essayé de reprendre son activité habituelle durant cinq mois avant de se résoudre à une réorientation professionnelle. En annexe à son rapport, la Dresse J._____ a fait part des limitations suivantes dues à l'état de santé de l'assurée: pas d'activité uniquement en position debout, pas de soulèvement/port (sans spécification de limite) et capacité de concentration limitée. Elle a finalement considéré la possibilité pour l'assurée d'une reprise d'activité progressive, à 25% dans un premier temps puis au maximum de 50%.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 15 avril 2008, les rapports de travail avec l'assurée avaient débuté le 1^{er} mai 1986 et pris fin au 31 juillet 2008, consécutivement à la résiliation par l'assurée de son contrat, au motif que son état de santé n'était plus compatible avec les exigences de son activité actuelle, si bien qu'elle se trouvait dans la nécessité d'envisager une réorientation professionnelle. Son salaire annuel soumis à AVS se montait, avant la survenance de l'atteinte à la santé, à 42'900 francs.

Selon le formulaire 531bis complété le 14 mai 2008, l'assurée a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% dans son activité habituelle par nécessité financière.

Dans un courrier adressé le 14 mai 2008 à l'OAI, l'assurée a notamment précisé ce qui suit:

"Comme vous le savez, je ne suis plus apte à répondre aux exigences de rendement, de pressions économiques imposées dans mon milieu professionnel et au stress que cela engendre. Après 5 mois de reprise de travail à un faible taux - 25% pour un taux d'occupation de 100% et 50% pour mon taux d'occupation habituel de 50% -, je puis confirmer ne pas assumer mes tâches. Une grande fatigue et un manque de concentration m'handicapent. L'environnement - climatisation, chaleur, sécheresse ambiante - ne me facilite pas les choses. Mon rythme de vie se déroule au ralenti avec un temps de repos conséquent.

Je dois donc rechercher une nouvelle activité allégée et mon intérêt se tourne vers le milieu social; je pense à l'accompagnement à domicile, auprès de personnes âgées ou légèrement handicapées, ou aide aux aidants pour soulager l'entourage quelques heures, ou encore toute autre occupation sociale, en tenant compte de mes limitations. Si ces dernières me permettent de m'engager environ 20 heures par semaine, j'en serais très heureuse. Au stade actuel de mes recherches, j'ignore l'incidence sur mon revenu. Pourrais-je obtenir un 60% de mon salaire actuel?

Pour le moment, je recueille les informations sur les cours de formation possibles et sur les perspectives d'embauche. Je vous tiendrai au courant au moment d'une concrétisation.

Quant à mes tâches ménagères, je tiens à préciser qu'elles se limitent à la préparation des repas, courses légères, petites lessives et repassage, j'ai la chance d'être aidée pour tout le reste."

Selon un rapport médical du 28 mai 2008, le Dr D. _____, médecin généraliste, a relevé les incapacités de travail suivantes: 100%

du 28 novembre 2006 au 18 novembre 2007 puis 50% dès le 19 novembre 2007. Il mentionnait un bon pronostic. Il a indiqué que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison de la baisse d'efficacité. Les limitations fonctionnelles mises en évidence depuis l'automne 2006 étaient les suivantes: activités uniquement en position assise exigibles à 50%, pas d'activités en position debout, pas de soulèvement ou port de charges > 8kg, une capacité de concentration limitée (fatigue mentale rapide), une capacité de compréhension limitée (lenteur d'assimilation) et une résistance limitée (vite fatiguée). Le Dr D._____ précisait que l'assurée ne supportait pas une atmosphère trop chaude et sèche et qu'elle présentait une intolérance aux pressions de rendement.

Selon un plan de réadaptation - contrat d'objectifs du 18 juillet 2008, l'OAI a octroyé des mesures de réadaptation socioprofessionnelle sous la forme d'une évaluation de la capacité de travail et de rendement de l'assurée auprès des Emplois temporaires subventionnés Lausanne (ETSL) du 18 août au 12 septembre 2008. L'assurée avait pour tâches de tout mettre en œuvre afin d'atteindre l'objectif prioritaire de retrouver un emploi adapté à son atteinte à la santé. Un bilan intermédiaire à la fin août 2008 ainsi qu'un bilan final au terme de la mesure étaient prévus.

Selon un entretien du 28 août 2008, l'assurée a mis un terme à la mesure de réadaptation précitée le 29 août 2008 pour raisons de fatigabilité, de difficultés de concentration, de difficulté à concilier les trajets et le travail ainsi qu'une difficulté à gérer la production.

Dans un rapport d'évaluation finale du 10 septembre 2008, l'organisateur du secteur suivi des ETSL a conclu que les limitations liées à l'état de santé de Mme S._____ avaient été testées et atteintes. L'assurée avait une grande fatigabilité et d'importants problèmes de concentration. Elle a annoncé le 28 août 2008 qu'elle souhaitait mettre fin à la mesure, n'ayant notamment plus aucun intérêt pour le travail administratif ainsi qu'une trop grande fatigabilité à un tel poste, même à 50%.

Dans un rapport médical du 29 octobre 2008, le Dr M. _____ du Service médical Suisse romande (SMR) a retenu une incapacité de travail à 100% jusqu'au 18 novembre 2007 puis à 50% dès le 19 novembre 2007. Il a précisé à cet égard qu'en raison du type d'atteinte, une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (activité répartie sur toute la semaine, pas d'exposition au stress, pas de travail dans une atmosphère trop chaude ou trop sèche, pas de port de charges lourdes et pas d'efforts physiques intenses) - comme un emploi administratif par exemple - était exigible sous réserve de récurrence susceptible de péjorer la situation.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 8 décembre 2008 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 10 décembre 2008, l'enquêtrice a constaté les empêchements suivants dus à l'invalidité:

"	Pondération du champ Invalidité d'activité (%)	(%)	Empêchement (%)
6.1 Conduite du ménage	2%	0%	0%
L'assurée gère la conduite du ménage.			
6.2 Alimentation	18%	45%	40%
L'assurée prépare des repas complets pour son compagnon et pour elle. De novembre 2006 à mai 2007, l'assurée ne pouvait manger aucun aliment, elle s'alimentait par sonde gastrique. Depuis, l'assurée a repris une alimentation per os, toutefois, elle doit confectionner des repas particuliers pour elle, tout doit être réduit dans une consistance molle. Elle est particulièrement attentive à ce qu'elle mange, elle ne peut pas manger des aliments pré-cuisinés. Très ralentie et vite fatiguée elle doit commencer son repas à 10h et se reposer entre-temps. Avec un emploi à 25% elle est vite débordée. Très ralentie, elle ne peut pas prendre son repas rapidement, elle doit manger lentement pour éviter toute fausse route. La préparation des repas lui prend une grande partie de la journée. Fatiguée, elle entretient sommairement sa cuisine. Son mari la seconde. La femme de ménage nettoie les sols, le frigo et le four.			
6.3 Entretien du logement	18%	60%	10,8%
Avant l'atteinte à la santé, l'assurée entretenait son logement sans aide. Depuis son atteinte à la santé, elle a dû faire appel à une aide de ménage 2h/sem. L'appartement étant un triplex, l'assurée se fatigue beaucoup pour monter et descendre les escaliers. La femme de ménage passe l'aspirateur, s'occupe des sanitaires.			

Le mari fait les à fonds et les vitres.
L'assurée se contente d'épousseter et de ranger.

6.4 Emplettes et courses 10% 50% 5%
Avant l'atteinte à la santé, l'assurée assumait les paiements, les services officiels ainsi que les courses.
Depuis son atteinte à la santé, l'assurée est très fatiguée, elle continue de s'occuper des paiements, de faire les écritures avec l'aide de son compagnon, c'est lui qui se charge d'aller à la banque ou à la poste. L'assurée ne peut plus porter de charges. Son compagnon fait l'ensemble des courses.

6.5 Lessive/entretien
des vêtements 18% 30% 5,4%
Machine à laver au 3^{ème} étage, son ami porte le linge sur l'étage, l'assurée le trie et met en route les machines. Son compagnon l'aide à suspendre les pièces volumineuses, l'assurée peut suspendre le linge sur un petit étendage. L'assurée plie le linge, elle repasse par petite quantité. Parfois, il est confié à sa femme de ménage. L'assurée peine à rester debout.

6.6 Soins aux enfants ou
autres membres 0% 0% 0%
Les enfants de l'assurée ne vivent plus avec elle.

6.7 Divers 7%
20% 1,4%
L'assurée a une peau extrêmement fragile suite à son intervention. Elle ne peut pas s'exposer au soleil, ni être dans une atmosphère trop sèche ou trop chaude. Avant l'atteinte à la santé, elle était secrétaire de paroisse. Elle s'occupait de faire les PV ainsi que les invitations lors des assemblées, activité qu'elle a dû abandonner en raison de son atteinte à la santé (Env. 2h/mois). Avant l'atteinte à la santé, l'assurée aidait sa mère dans des démarches administratives, elle ne peut plus le faire actuellement et sa mère a dû avoir recours à l'assistance sociale d'un CMS.

Total 100% 40,6%

[...]

Visite à domicile chez Mme S._____ qui est très surprise d'entendre qu'on lui reconnaît une capacité de travail de 50%. D'après elle, son médecin traitant aurait parlé d'une capacité de travail de 50% d'un 100%. Il serait judicieux de requestionner le médecin sur l'IT [incapacité de travail] exacte de notre assurée. Mme S._____ a repris son travail à 25% en novembre 2007. Bien que l'assurée connaisse parfaitement ce travail, puisqu'elle l'exerce depuis plus de 20 ans, elle n'a pas pu assumer un rythme de travail soutenu où elle était exposée à passablement de stress et confrontée à des situations difficiles avec des clients souvent revendicateurs. Elle a donc choisi de donner son congé. Elle se dit inquiète pour son avenir, elle se sent très faible et sait que les risques de récidives sont non négligeables.

Au niveau des empêchements ménagers, ils sont relativement importants. L'assurée habite un triplex, elle peine à entretenir son ménage, elle est très faible et doit se reposer plusieurs fois dans la journée. Bien que secondée par son compagnon, elle est très limitée

dans ses activités qui lui prennent beaucoup de temps."

Dans une lettre du 9 janvier 2009 adressée à l'OAI, la Dresse J._____ a précisé que l'assurée bénéficiait d'une incapacité de travail à 50% par rapport à un taux de travail de 100%, indépendamment de son taux habituel de travail.

Le Dr D._____ a établi, le 2 mars 2009, un certificat d'incapacité de travail attestant d'une incapacité de travailler du 23 janvier au 6 avril 2009.

Par projet de décision du 6 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. Ses constatations étaient les suivantes:

"Depuis le 24 novembre 2006 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sur la base du questionnaire que vous avez rempli ainsi que de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile, nous retenons que sans atteinte à la santé, vous auriez exercé une activité lucrative à 50%. Quant aux empêchements rencontrés dans la tenue de votre ménage, ceux-ci sont évalués à 40.6%.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 24 novembre 2007, vous présentez une incapacité de travail de 50% dans l'activité d'employée de commerce ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles.

Dans le cadre des mesures d'intervention précoce, vous nous avez informés ne pas souhaiter bénéficier de mesures d'ordre professionnel en vue de retrouver une nouvelle activité professionnelle adaptée à votre état de santé. Dès lors, nous devons procéder à une approche théorique.

Afin de déterminer le préjudice économique, et par conséquent le degré d'invalidité, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'employée auprès de la F._____, CHF 42'900.00 est comparé aux gains résultant de l'exercice à 50% d'une activité d'employée de commerce.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques afin de déterminer le revenu d'invalidé, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le revenu hypothétique retenu est celui auquel vous pourriez prétendre dans une activité d'employée de commerce à 50%.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 42'900.00

avec invalidité CHF 39'226.00

La perte de gain s'élève à CHF 3'674.00 = un degré d'invalidité de 8.56%

Le degré d'invalidité présenté à partir du 24 novembre 2007 est calculé ainsi:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
--------------------	------	-------------	--------------------

Part active		50%	8.56%
-------------	--	-----	-------

Part ménagère	50%	40.6%	20.30%
---------------	-----	-------	--------

Degré d'invalidité			28.86%
--------------------	--	--	--------

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Par courrier du 23 mars 2009, l'assurée a fait part de ses observations sur le projet de décision précité. Se référant à son stage en ETSL afin de se réintégrer professionnellement, elle a relevé qu'elle avait été contrainte d'abandonner en raison de fatigue physique et mentale intense. En novembre et décembre 2008, la reprise d'une nouvelle activité s'était soldée elle aussi par un échec. Il n'était donc pas juste de prétendre qu'elle n'avait pas souhaité bénéficier de mesures d'ordre professionnel. L'assurée a indiqué se trouver en incapacité totale de travailler à compter du 23 janvier 2009, conformément aux attestations médicales de son médecin traitant (le Dr D._____). Elle a demandé un réexamen de son cas, l'évaluation ressortant du projet ne correspondant pas à sa réalité actuelle.

Le 8 mai 2009, le Dr D._____ a établi un certificat d'incapacité de travail attestant d'une incapacité de travailler du 23 janvier prolongée au 31 juillet 2009.

Sur demande de renseignements complémentaires de la part de l'OAI relatifs à l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis mai 2008, ses limitations fonctionnelles ainsi que sa capacité de travail dans une activité adaptée, la Dresse J._____ a répondu ce qui suit le 12 juin 2009:

"[Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis mai 2008?]

1. Status de guérison loco-régionale (panendoscopie normale le 15.04.09)

Evolution stationnaire sur le plan général: asthénie, difficultés d'alimentation, fatigabilité.

[Quelles sont actuellement les limitations fonctionnelles?]

2. Asthénie, fatigabilité, difficultés d'alimentation, prises alimentaires prolongées.

[Quelle est la capacité de travail de Mme S._____ dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles?]

3. 50%"

La Dresse J._____ a notamment joint à son envoi le rapport médical du 15 avril 2009 des Drs C._____, chef de clinique et Q._____, médecin assistant au centre d'endoscopie du [...] qui concluait à une lésion leucoplasique plane de la muqueuse oesophagienne, bleue positive, située à 13 cm de la bouche oesophagienne au niveau du quadrant postérieur droit, une flammèche d'oesophagite de reflux, située dans le quadrant postérieur gauche, à 26 cm de la bouche oesophagienne, au niveau de la jonction gastro-oesophagienne, le reste de la panendoscopie ne présentant pas de lésion suspecte.

Egalement interpellé par l'OAI, le Dr D._____ a maintenu le diagnostic de carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche et de la base de la langue et du palais de stade III dans son rapport médical du 16 juin 2009 relatif à l'évolution à compter de mai 2008. Il a mentionné une incapacité de travail dans l'activité habituelle de 100% du 23 janvier au 31 juillet 2009.

En réponse aux questions complémentaires de l'OAI, le Dr Q._____ lui a répondu dans son rapport médical du 21 juin 2009 que l'assurée présentait une asthénie se manifestant par une fatigabilité à évaluer avec le médecin traitant ainsi qu'avec la Dresse J._____.

Dans un courrier du 25 août 2009 adressé au SMR, le Dr D. _____ s'est notamment exprimé comme suit sur l'état de santé de sa patiente:

"[...] je confirme une incapacité persistante à 100% pour une durée indéterminée, en raison d'un épuisement après 3h de travail et d'une limitation dans les tâches ménagères par la lenteur dans l'accomplissement de tout travail et trouble de concentration. Elle doit faire une sieste d'1h. et se met au lit à 20h épuisée."

Dans un avis médical SMR du 11 septembre 2009, le Dr H. _____ a apprécié comme suit les nouveaux éléments médicaux à disposition:

"Dans sa réponse, le Dr D. _____ confirme l'incapacité de travail totale pour une durée indéterminée en raison d'un épuisement après 3 heures de travail. L'assurée a besoin d'une sieste d'une heure et se couche à 20h.

Ces données chiffrées permettent de dire que l'assurée pourrait travailler 4 heures/jour (2 heures le matin, 2 heures l'après-midi). L'empêchement ménager a été estimé à 40,6% par une enquête à domicile.

Dans ces conditions, nous maintenons notre position calquée sur celle de la Dresse J. _____, spécialiste en ORL."

Le 26 octobre 2009, l'assurée, par son conseil, a contesté le projet de décision du 6 mars 2009 en demandant qu'une rente entière lui soit allouée. En annexe, figurait notamment un certificat médical du 29 décembre 2008 de la Dresse J. _____ adressé à la F. _____ aux termes duquel la capacité de travail effective était de 25% avec un pronostic de reprise de travail au taux maximal de 25% (50% du taux de travail habituel). Dans un document intitulé "Accord d'objectifs" du 15 décembre 2008 du Centre vaudois de gestion des programmes d'insertion (CGPI), il était en particulier relevé ceci:

"Remarques

Après 1 semaine d'ETS, il s'avère que les activités proposées sont trop exigeantes en termes d'énergie requise pour et avec le type de clientèle-bénéficiaires fréquentant l'UATE de [...] (psychiatrie de

l'âge avancée), par rapport à l'état de santé encore fragile de Mme S._____.

Il est dès lors décidé, d'un commun accord de mettre un terme à la mesure ce lundi soir 15.12.2008 au motif de "mesure non adaptée", sans que les compétences relationnelles de Mme S._____ ne soient remises en cause d'aucune manière.

Il est suggéré à Mme S._____ de prendre contact avec Mme [...] du Service Présence et Bénévolat de la Croix-Rouge, antenne d' [...] pour de l'accompagnement avec des personnes sans autre besoin que celui d'avoir de la compagnie pour un moment...par exemple?
Va en parler prochainement avec sa conseillère ORP."

En complément à sa détermination du 26 octobre 2009, l'assurée, par son conseil, a produit le 29 octobre 2009, un courrier du même jour du Prof. Y._____ et du Dr N._____ du Service de Radio-Oncologie du [...] qui ont retenu en particulier ce qui suit:

"La patiente présente actuellement un arrêt de travail à 100%.
Pour notre part, en présence d'effets secondaires au traitement radio-chimiothérapeutique effectué, qui ne peuvent pas être sous-estimés, nous retenons qu'une reprise de l'activité professionnelle comme auparavant n'est pas souhaitable. En effet, nous ne devons pas oublier que les effets secondaires de la radiothérapie ne sont pas seulement aigus, mais on connaît bien également les effets tardifs, avec lesquels la patiente devra vivre."

Dans un rapport médical du 29 décembre 2008 au Dr L._____, la Dresse J._____ a indiqué que l'incapacité de travail était de 50%, ce qui correspondait à un taux effectif de la capacité de travail de 25%.

Par communication du 18 janvier 2010, l'OAI a indiqué au conseil de l'assurée la nécessité de procéder à une évaluation médicale, laquelle devait être confiée au Dr E._____, spécialiste FMH en médecine interne à [...]. Le 25 janvier 2010, l'assurée a observé que ladite expertise devait être confiée à un spécialiste en oncologie.

Dans un avis médical du 28 janvier 2010, le Dr P._____, médecin-chef adjoint au SMR, a précisé que les raisons de l'incapacité de travail consistaient non pas en une affection oncologique mais en une "asthénie avec faiblesse et fatigue" soit des symptômes totalement

aspécifiques qu'un spécialiste en médecine interne FMH était parfaitement à même d'apprécier.

Le 4 février 2010, le conseil de l'assurée a souligné son étonnement quant au choix de l'OAI de confier une expertise médicale à un médecin qui n'était pas oncologue.

Suite à une consultation en cabinet du 31 mars 2010, le Dr E. _____, dans un rapport d'expertise médicale du 10 avril 2010, s'est prononcé comme suit sur le cas de l'assurée:

"5 Diagnostic

5.1 Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail

- Carcinome épidermoïde amygdalo-glosse gauche de stade cT3 N2b M0.
- Status après radio-chimiothérapie combinée terminée le 06.03.2007.

5.2 Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

- Aucun

6 Appréciation du cas et pronostic

[...]

6.2 Situation actuelle

Nous sommes actuellement à 3 ans d'un traitement de radio-chimiothérapie à visée curative d'un cancer de la région amygdalo-glosse gauche de stade initial cT3 N2b M0 et de bonne évolution, sans rechute.

Cela étant, l'assurée se plaint d'une fatigue intense et de troubles de la concentration. En réalité, cette symptomatologie ne reçoit pas d'explication évidente. Il n'y a en effet pas de malnutrition protéino-énergétique, l'assurée parvenant à s'alimenter de manière correcte malgré sa dysphagie aux solides. Cette dysphagie l'oblige à consommer uniquement des aliments mous qu'elle mouille de surcroît régulièrement entre deux bouchées. Elle se plaint d'une hyposialorrhée la forçant à s'humidifier régulièrement la bouche. Cette xérostomie radio-induite n'est pas assortie de dysgueusie, de brûlure et pas franchement de dysphonie. Il n'est pas fait état de troubles de la mastication. Elle peut être classée de degré de sévérité 1, c'est-à-dire sans répercussion significative sur la nutrition, c'est-à-dire sans prise excessive d'eau, de lubrifiant. Elle n'utilise pas de traitement de sialogogues mais procède à l'acupuncture dont aucune étude n'a pu démontrer la réalité.

Cette xérostomie a sans doute un impact négatif dans sa vie et nécessite une hygiène buccale stricte. Par ailleurs, l'assurée a bénéficié d'un assainissement dentaire.

Malgré cette dysphagie aux solides, l'assurée présente un poids stable à 51 kg. Elle annonce avoir bénéficié d'examens sanguins qui ne montrent rien de particulier, sans syndrome inflammatoire, sans anémie, ni déficit vitaminique. Tout au plus, elle nous indique souffrir d'une intoxication mercurienne sur la base d'examens effectués par son médecin traitant, le Dr D. _____, dont la validité et le caractère scientifique me paraissent discutables.

Toujours est-il que la nature de sa fatigue ainsi que des troubles de la concentration allégués ne reçoivent pas d'explication claire ce d'autant qu'il semble que ces troubles se sont aggravés au cours du temps. Cette évolution péjorative, à distance de la radiothérapie, n'est pas clairement compréhensible.

Sans substrat organique évident, il est difficile d'en dégager des limitations fonctionnelles et ainsi de reconnaître des limitations dans son activité usuellement exercée de type administratif et ce à mi-temps.

Par ailleurs, l'examen clinique de ce jour est sans anomalie.

6.3 Limitations fonctionnelles

L'assurée a certainement besoin de temps pour confectionner ses repas qu'elle prend lentement sur environ une heure. Par ailleurs, le port de charges est limité aux charges légères, sans efforts physiques intenses. Le lieu de travail doit être correctement humidifié et dépourvu de poussière.

S'il subsiste une asthénie résiduelle après radio-chimiothérapie, il persiste à notre sens une exigibilité à 50% par exemple dans des activités administratives. En ce sens, son ancien emploi répond aux conditions d'une activité adaptée. Une activité adaptée était exigible à 50% dès probablement la fin de l'année 2007.

7 Réponses au questionnaire

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Cf. points 2 (données personnelles et familiales) et points 3

2. Plaintes et données subjectives de l'assurée

Cf. points 3.4

3. Status clinique

Cf. point 4.1

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail

- Carcinome épidermoïde amygdalo-glosse gauche cT3 N2b M0.

- Status après radio-chimiothérapie combinée terminée le 06.03.2007.

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail

- Aucun.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
au plan physique
Port de charges légères. Environnement professionnel exempt de sécheresse ou de poussière. Pas d'efforts physiques intenses. Possibilité de prendre du temps pour prendre son repas.
au plan psychique et mental
Pas de limitations.
au plan social
Pas de limitations.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Dans une activité administrative à mi-temps, il n'y a pas de limitations.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

50% d'un temps plein.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui.

A mi-temps, comme elle l'était avant la maladie.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de

20% au moins?

L'incapacité de travail a été signifiée à 100% dès le 28.11.2006 avec reprise à 25% dès le 19.11.2007. On peut s'imaginer qu'elle pouvait être de 50% dès le début de l'année 2008.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il est resté stable, une capacité de travail à 50% étant exigible, soit à même hauteur que l'assurée exerçait avant sa maladie.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si non, pour quelles raisons?

Non.

L'assurée paraît démotivée et ne va certainement plus mettre en oeuvre sa capacité de travail résiduelle.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Sans objet.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Dans une activité adaptée, il existe une capacité de travail exigible à 50%, sans perte de rendement et ce dès le début de l'année 2008.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? A 50%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Pas de perte de rendement.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Sans objet."

Le 4 mai 2010, le Dr H._____ du SMR a souligné que l'expertise précitée confirmait en tous points la position retenue dans le rapport SMR du 11 septembre 2009, le Dr E._____ concluant à une capacité de travail résiduelle de 50% dans son ancien emploi comme dans toute autre activité adaptée, depuis la fin de 2007.

Par courrier du 18 mai 2010 à l'assurée, la F._____ a indiqué qu'elle présentait une incapacité de travail de 50% de son taux d'occupation contractuel de 50%, soit l'équivalent d'un 25% d'un poste à temps complet.

Dans un avis médical du 31 mai 2010, le Dr H._____ a précisé qu'au vu de la contradiction entre les indications du médecin traitant (capacité de travail de 50% dès le 19 novembre 2007) et celles mentionnées par l'employeur (capacité de travail de 25%), l'avis du médecin traitant devait être privilégié sur ce point.

Le 3 juin 2010, l'assurée, par son conseil, a fait part de ses observations sur l'expertise médicale du Dr E._____. Elle a maintenu avoir droit à une rente entière, subsidiairement à une demi-rente.

Dans un avis médical du 5 juillet 2010, le Dr H._____ s'est déterminé comme suit sur les arguments développés le 3 juin 2010 par l'assurée:

"• L'expert n'aurait tenu compte que du cancer amygdalien (en rémission), et pas des effets secondaires à long terme du traitement: cette affirmation n'est pas pertinente. Le cancer en lui-même n'entraîne plus aucune limitation fonctionnelle, puisqu'il est en rémission. Ce sont bien les effets secondaires du traitement qui ont une répercussion sur l'état général de l'assurée, et sont à l'origine de ses difficultés à avaler, et de son asthénie. L'examen clinique de l'assurée par l'expert lui a permis d'apprécier l'ensemble de la situation, et d'en tirer les conclusions. Lorsque le Dr E._____

écrit qu'il ne comprend pas bien l'évolution défavorable à distance de la radiothérapie, cela signifie que la symptomatologie actuelle n'est pas corrélée à des éléments objectifs, mais plutôt modulée par la subjectivité de l'assurée.

- Les "erreurs" de l'expertise relevées par Me Subilia, si tant est qu'elles existent, n'ont pas de répercussion sur l'appréciation de la capacité de travail. Nul n'est en effet à l'abri d'une faute de frappe dans les dates rapportées. D'autre part, rien ne permet de douter de la mesure du poids de l'assurée par le Dr E._____.
- Enfin, il est fréquent que l'appréciation de l'expert diffère de celle des médecins traitants, naturellement enclins à plus d'empathie, du fait même de la relation thérapeutique."

Selon un courrier du 30 août 2010 du Prof. Y._____ et du Dr N._____ du Service de radio-oncologie au [...] adressé au Dr R._____, suite à une consultation du 1^{er} juillet 2010, l'état de santé de l'assuré était notamment décrit en ces termes:

"Anamnèse intermédiaire:

Nous voyons ce jour Mme S._____ pour un contrôle de suivi, à plus de 2 ans de la fin de son traitement radio-chimiothérapeutique. Depuis le traitement, la patiente n'a pas présenté un rétablissement complet et des séquelles post-traitement sont toujours présentes: une dysphagie aux aliments solides est toujours signalée et l'alimentation se fait par un régime avec des aliments mous. La xérostomie est stable, avec une salive épaisse, collante, présence d'une hypoguesie. Sur le plan physique, une asthénie avec faiblesse et fatigue est toujours rapportée, avec une impossibilité de reprise du travail comme avant le traitement: à plusieurs reprises, Mme S._____ a essayé mais, malheureusement, les tentatives se sont toujours soldées par un échec.

Status:

A l'examen de la cavité oro-pharyngée, on ne relève pas de signe de récurrence de la maladie, présence de télangiectasies post-radiothérapie, salive épaisse, collante (la patiente est obligée de boire régulièrement des gorgées d'eau pour compenser la présence de xérostomie). A l'examen du cou, on relève une fibrose post-radiothérapie sous-mentonnière et cervicale gauche, pas d'œdème des tissus mous, pas d'augmentation ganglionnaire suspecte au niveau latéro-cervical et sus-claviculaire bilatéral. Le poids est stable à 51 kg.

Appréciation:

Lors du contrôle de ce jour, nous ne mettons pas en évidence de signe de récurrence de la maladie. Par contre, nous pouvons constater que les effets secondaires du traitement effectué ne sont pas seulement aigus, mais aussi tardifs (fatigue, dysphagie, xérostomie)."

Par décision du 10 septembre 2010, accompagnée d'un courrier explicatif du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a rejeté la demande. Il ressortait ce qui suit de ses constatations:

"Depuis le 24 novembre 2006 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sur la base du questionnaire que vous avez rempli ainsi que de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile, nous retenons que sans atteinte à la santé, vous auriez exercé une activité lucrative à 50%. Quant aux empêchements rencontrés dans la tenue de votre ménage, ceux-ci sont évalués à 40.6%.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 24 novembre 2007, vous présentez une incapacité de travail de 50% dans l'activité d'employée de commerce ainsi que dans toute activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles.

Votre capacité de travail demeurant de 50% dans l'activité habituelle, vous ne présentez pas de préjudice économique sur la part active.

Le degré d'invalidité présenté à partir du 24 novembre 2007 est calculé ainsi:

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Part active 0.00%	50%		0.0%
Part ménagère 20.30%	50%		40.6%
Degré 20.30%			d'invalidité

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Nous précisons que notre correspondance du 10 septembre 2010 fait partie intégrante à la décision."

Par lettre du 4 octobre 2010, la Dresse J._____ s'est adressée à l'OAI en indiquant avoir attesté dès le début, que sa patiente présentait des séquelles de son cancer du pharynx et devait être au bénéfice d'une incapacité de travail de 50% à long terme. Elle se disait surprise du refus d'une rente AI partielle signifié à l'assurée.

Dans un courrier adressé le 14 octobre 2010 à l'OAI, la Dresse K._____, radio-encologue à [...], a fait part de l'appréciation suivante:

"Cette patiente m'a consulté à deux reprises. Une fois il y a quelques mois par téléphone, puis de manière formelle à ma consultation en date du 1^{er} octobre 2010.

[...]

Une expertise AI a été faite récemment par le Docteur E. _____ qui rentre sur une problématique plus globale, qui ne prend en compte aucunement les effets connus et parfois pervers d'un syndrome post-traumatique en relation avec sa maladie cancéreuse. Il est connu, même si moins bien documenté, que les pathologies oncologiques à elles seules et de surcroît des traitements lourds peuvent déclencher chez les patients plus sensibles des phénomènes de stress post-traumatiques et des syndromes de fatigue chronique dont l'étiologie n'est pas claire.

Dans ce contexte, je viens soutenir Madame J. _____ pour une réévaluation de la décision de l'AI et je pense que cette patiente à mon sens présente des troubles importants psycho-émotionnels en relation avec les traitements oncologiques effectués en 2007.

Je ne peux donc que soutenir une évaluation neuro psycho-émotionnelle par des spécialistes et que la problématique concernant la reprise de travail n'est pas entièrement due à l'asialie ou à des problèmes de déglutitions."

Par lettre du 3 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée que les correspondances des Drs K. _____ et J. _____ relatives à la décision de refus du 10 septembre 2010 n'étaient pas de nature à remettre en cause ladite décision.

B. Le 18 octobre 2010, S. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision rendue le 10 septembre 2010 par l'OAI. Elle conclut, avec dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière lui est allouée rétroactivement et, subsidiairement, à sa réforme en ce sens qu'une rente à hauteur que justice dira lui est accordée rétroactivement. En substance, la recourante fait valoir en lien avec l'évaluation de son taux d'invalidité que, selon le Prof. Y. _____ et le Dr N. _____, son incapacité de travail est de 100% et non de 50% comme le prescrit pour sa part le Dr E. _____. Ce dernier n'est pas spécialiste en oncologie, si bien qu'il convient de reconnaître une plus grande valeur probante au rapport médical émanant de spécialistes plutôt que d'un généraliste. La recourante déplore ensuite un manque de motivation de la part du Dr E. _____, lequel n'exposerait pas les raisons l'éloignant de l'appréciation de ses deux confrères spécialistes. Elle dit avoir tout mis en œuvre afin de

tenter de retrouver une activité adaptée, de sorte que ce serait son état de santé qui seul l'empêche de recouvrer une quelconque capacité de travail. Elle souligne en outre qu'au vu de l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, l'évaluation du taux d'incapacité ménagère à 40.6% n'apparaît manifestement pas justifiée. S'agissant de la méthode mixte d'évaluation, la recourante observe présenter une incapacité de travail de 100% ainsi qu'une incapacité ménagère de 70% justifiant l'allocation d'une rente entière. Elle conteste à cet effet le calcul opéré par l'office intimé, d'avis que son degré d'invalidité total est de 45,3% (25% + 20.3%). La recourante fait encore valoir qu'elle doit pouvoir se reposer si l'on retient une capacité de travail de 50% et qu'il est erroné de prétendre que l'on tient compte de l'activité ménagère et d'un degré d'empêchement à ce titre, alors que tel n'est pas le cas si l'on admet aucune invalidité s'agissant de la part active, le taux résiduel correspondant au taux d'activité avant l'atteinte à la santé. Elle fait enfin grief à l'intimé de ne pas avoir retenu le taux d'abattement usuel de 15%. A titre de mesures d'instruction, elle sollicite un délai pour produire un rapport de la Dresse K._____.

Le 2 décembre 2010, la recourante a produit des pièces complémentaires comprenant notamment le courrier adressé le 14 octobre 2010 à l'intimé par la Dresse K._____ ainsi que deux attestations établies le 23 novembre 2010 par cette médecin, certifiant que la recourante présente une symptomatologie physique en rapport avec sa pathologie oncologique et son traitement de chimio-radiothérapie de mars 2007. Elle produit par ailleurs un lot d'études et d'articles médicaux ayant trait aux effets secondaires et tardifs du cancer et de ses différents traitements.

Dans sa réponse du 19 janvier 2011, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'agissant des rapports médicaux produits le 2 décembre 2010, l'intimé joint à son écriture un avis médical des Drs H._____ et P._____ du SMR du 17 décembre 2010 auquel il déclare se rallier. Les médecins du SMR se déterminent en ces termes sur les remarques formulées par leurs confrères:

"• Selon la CIM-10, l'état de stress post-traumatique (F43.1) constitue une réponse à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresses chez la plupart des individus. On l'associe par exemple à des séjours en camp de concentration, des actes terroristes, la torture, ou encore à des catastrophes naturelles de grande ampleur, un accident particulièrement grave, etc. Le cancer n'entre pas dans ces catégories, de sorte que le diagnostic de PTSD ne peut pas être retenu.

• Le PTSD se manifeste par des symptômes caractéristiques: le facteur de stress est constamment revécu à travers de reviviscences envahissantes (flashbacks), la présence de conduites d'évitement, l'hypersensibilité psychique ou l'hypervigilance, ou encore l'incapacité à se souvenir de la période d'exposition au stress. Aucun de ces symptômes n'est décrit par la Dresse K._____.

• L'évolution naturelle du PTSD se fait vers la guérison en quelques semaines ou en quelques mois. Il n'est généralement pas à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée.

• Si l'expert a envisagé la situation de l'assurée d'une façon «globale», comme le dit la Dresse K._____, on est en droit de penser qu'il a considéré l'ensemble des atteintes à la santé pour se prononcer sur la capacité de travail.

Dans son acte de recours, Me Subilia reprend et développe les arguments figurant déjà dans son courrier à l'OAI du 3.6.2010, et que j'ai déjà eu le privilège de commenter dans un avis du 5.7.2010 auquel je vous renvoie. Il poursuit en contestant:

1. la spécialité de l'expert: contrairement à ce que Me Subilia affirme, le Dr E._____ n'est pas généraliste, mais bien spécialiste FMH en médecine interne. Cette spécialité lui confère une compétence particulière pour évaluer l'ensemble des atteintes de l'assurée.

2. Me Subilia semble achopper sur le fait que le Dr E._____ ait jugé que la nature de la fatigue et des troubles de la concentration allégués n'est pas clairement compréhensible. Cet argument n'est pas pertinent. Il n'est pas nécessaire de comprendre le fonctionnement intime d'une montre pour lire l'heure. En médecine, on peut parfaitement mesurer les limitations fonctionnelles sans toujours connaître leur cause."

Dans sa réplique du 23 mars 2011, la recourante déplore que dans son expertise, le Dr E._____ ait nié ses limitations fonctionnelles, soit sa fatigue et ses différents troubles, motif pris qu'il n'y avait pas "d'explication claire" ni de "substrat organique évident". Elle relève que les rapports du Prof. Y._____ et du Dr N._____ ainsi que de la Dresse K._____ attestent tous d'une incapacité de travail à 100% et doivent prévaloir sur l'avis du SMR. Elle indique confirmer les conclusions de son recours.

Le 31 mars 2011, la recourante produit une correspondance du 21 mars 2011 de la Dresse J. _____ à son attention aux termes de laquelle cette médecin déclare se rallier à l'avis médical de sa consoeur, la Dresse K. _____.

Dans sa duplique du 28 avril 2011, l'intimé indique ne rien avoir à ajouter et propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

C. Après circulation, la Cour a considéré que l'instruction au plan médical n'avait pas été suffisante et a décidé de faire procéder à une expertise judiciaire par un expert psychiatre.

Cette expertise a été confiée au Prof. X. _____, spécialiste en psychiatrie, qui a rendu son rapport d'expertise le 25 septembre 2012.

Au terme de ses entretiens avec la recourante des 6 et 30 août 2012, le Prof. X. _____ a retenu que celle-ci présentait une incapacité de quasi 100% depuis les traitements anticancéreux intervenus en 2007. Il a posé les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale et de la base de la langue de stade cT3cN2bcMo et de status après radio-chimiothérapie en 2007 associée à un état d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue persistant.

Sous la rubrique "Discussion" de son rapport, le Prof. X. _____ a retenu ce qui suit:

"L'expertisée se plaint d'une importante asthénie, de fatigabilité et de fatigue réduisant sa capacité de travail suite à un traitement combiné de radio- et de chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde amygdalo-glosse gauche en 2007; cet état se manifeste d'un côté sur le plan cognitif avec des difficultés de concentration et de mémoire à court terme ainsi que sur le plan somatique où elle n'arrive plus à faire certains travaux, comme des tâches ménagères, comme auparavant. Selon l'expertisée, cette symptomatologie a clairement émergé suite aux traitements du cancer ce qui fut attesté par ses médecins traitants qui, par ailleurs, en qualité de spécialistes en radio-oncologie, confirment que ces états peuvent persister même après la fin des traitements. Une première expertise réalisée par un médecin interniste conclut que

cette symptomatologie n'est pas liée au cancer ou à son traitement puisqu'il n'y a aucune cause organique détectée; quant au médecin de l'Assurance-invalidité, il considère comme cela fut évoqué dans la première expertise que la capacité peut être estimée 50% et qu'une mesure de réadaptation s'est soldée par un échec, principalement parce que l'assurée ne peut plus faire un travail administratif et souhaite complètement changer d'orientation professionnelle.

Sur le plan clinique, les plaintes de l'expertisée paraissent tout à fait crédibles. Il n'y a pas d'éléments indiquant une simulation, comme par exemple des inconsistances ou des contradictions dans son récit, qui fut le même tout au long des dernières années. Il est également peu probable que l'expertisée simule ses symptômes étant donné qu'elle a démissionné de son travail (en espérant retrouver sa capacité de travail dans un domaine plus adapté, ce qui ne fut pas le cas), avec comme conséquence qu'elle s'est retrouvée dans une situation difficile sur le plan asséurologique et financier. Le fait que l'expertisée réponde de manière nuancée aux divers questionnaires sans exagérer certains symptômes soit sur le plan psychique ou de la fatigue apporte un autre élément pour rendre la simulation de ses plaintes peu probable.

Sur le plan psychiatrique — un état d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue peut avoir ses origines dans un trouble psychiatrique — aucune pathologie ne peut être constatée. On peut notamment exclure la présence d'une dépression majeure, d'un abus de substance, d'un trouble anxieux ou d'autres troubles psychiatriques comme par exemple une hypocondrie, qui serait associée à des préoccupations morbides, des angoisses concernant la santé, des consultations multiples chez différents spécialistes, etc. Un autre diagnostic différentiel important en présence de symptômes dont se plaint l'expertisée est la somatisation, c'est-à-dire un trouble psychique qui s'exprime à travers des symptômes physiques. Chez des patients somatisant par contre, les plaintes sont souvent décrites de manière atypique et vague, et l'accent est mis sur des limitations radicales que les patients confrontent (typiquement, ces patients évoquent ne pas pouvoir du tout exercer de tâches); souvent on trouve par ailleurs une manière inadaptée de gérer des stressors et une anamnèse médicale marquée par les consultations multiples pour toutes sortes de plaintes pour lesquelles on ne trouve pas d'origine somatique. L'expertisée décrit des symptômes typiques et précis, elle a montré de bonnes ressources d'adaptation dans le passé (situation familiale complexe durant son développement, divorce sans arrêt de travail) et n'a pas réagi de manière particulière pour faire face aux adversités de la vie (les patients somatisant montrent des stratégies d'adaptation passives caractérisées par des pensées magiques, repli sur soi, abus de substance, etc.). Par ailleurs, elle ne qualifie pas pour ce qui est décrit sous le terme «pensée opératoire», souvent observée chez les patients somatisants, ce qui se traduit par une pensée collée au concret, sans accès aux émotions et sans capacité d'introspection. En outre, les patients somatisants décrivent leur vie avant l'émergence des symptômes de manière idéalisée et présentent souvent une attitude revendicatrice. Alors qu'on peut constater que l'expertisée a fait recours à des méthodes de médecine complémentaire et qu'elle a entamé, à l'initiative de son médecin traitant le Dr D._____, des investigations concernant une

éventuelle surcharge de métaux lourds dans son corps, on peut considérer cette attitude comme une manière de continuer le combat contre ces symptômes qui l'empêchent de mener une vie normale.

Deux autres diagnostics différentiels sont encore à prendre en compte vu la symptomatologie de l'expertisée. Il s'agit de la neurasthénie et du syndrome chronique de fatigue.

En ce qui concerne la neurasthénie, il existe deux types essentiels ayant des points communs. Le premier type est caractérisé par une plainte de fatigue accrue après des efforts mentaux avec comme conséquence une distractibilité, une difficulté de concentration et une pensée globalement inefficace; dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse physique après des efforts minimes. Les deux types comportent habituellement plusieurs autres sensations physiques désagréables, tels que vertige et céphalées, et des inquiétudes concernant la santé, une irritabilité, une perte de plaisir et des symptômes anxio-dépressifs, ainsi que des troubles du sommeil. Alors qu'on pourrait classer la neurasthénie dans des troubles anxieux ou dépressifs, certains auteurs insistent qu'il s'agit d'une entité de troubles psychiatriques spécifiques, étant donné que la plainte se focalise sur la fatigabilité mentale et/ou physique (en contraste avec des états dépressifs ou anxieux qui montrent une série de plaintes plus vastes où les somatisations se focalisent surtout sur des symptômes corporels). La neurasthénie, comme le mot l'indique, représente une impossibilité de l'individu à faire face aux défis de la vie par manque de ressources. Etant donné que l'expertisée n'a pas montré de manque de ressources ni dans le passé (bien au contraire) ni dans le présent — elle fait face aux différentes contraintes physiques telles que son aptitude ou sa situation financière et juridique — et qu'elle ne montre pas d'autres symptômes psychiques ou physiques qu'une asthénie, fatigabilité et fatigue, un diagnostic de neurasthénie ne peut pas être retenu.

Le syndrome de fatigue chronique, défini comme un épuisement sévère, persistant et invalidant, observé après des chocs physiques ou psychiques, de longues périodes de stress et suite à des infections virales, est accompagné de troubles neurovégétatifs tels que des sueurs, des palpitations, des problèmes de transit ou d'hypertension, symptômes que l'expertisée ne montre pas.

Pour clore le chapitre de diagnostic différentiel psychiatrique, il existe le diagnostic des facteurs psychologiques influençant l'intensité des symptômes physiques, qui persistent par exemple après une maladie / un accident (perception plus intense de douleurs à cause d'une anxiété persistante). Etant donné que l'expertisée ne montre pas de symptomatologie anxio-dépressive ou d'autres signes de psychopathologie, un tel diagnostic ne peut pas être retenu. Certaines personnes présentent des difficultés persistantes à s'adapter à une maladie ou ses conséquences vécues comme un stresser insurmontable (trouble de l'adaptation). Alors que ces troubles sont d'habitude de courte durée, souvent réversibles sans traitement et associés à une symptomatologie anxieuse, dépressive ou mixte, ils peuvent rarement uniquement perturber les conduites, c'est-à-dire, interférer sur le plan social. On

peut constater en effet que la maladie et ses traitements ont induit une rupture sur le plan social, mais l'expertisée n'évoque pas un état psychique interférant sur le plan social (travail, loisirs, etc.), mais des symptômes tels que l'asthénie, la fatigabilité et la fatigue, donc des symptômes très spécifiques, qui interfèrent avec sa capacité de travailler ou d'exercer ses activités ménagères ou ses loisirs. Un patient qui présente un trouble d'adaptation persistant déclarerait que depuis un événement, telle sa maladie, il ne peut plus exercer ses activités, sans qu'il mette en avant les symptômes décrits par l'expertisée. Ce diagnostic ne peut donc être retenu.

On peut également s'interroger si le fonctionnement psychique de l'expertisée peut expliquer son état qui l'empêche de travailler. Elle a montré en effet un épisode de «manque d'énergie» suite à son divorce, épisode qui fut accompagné par divers autres symptômes tels qu'un manque d'appétit, la perte de poids, l'insomnie, des troubles de la digestion et des maux de tête, qui laissent penser à un état à coloration dépressive suite à la séparation de son mari. Cet épisode ne ressemble donc pas à l'état qu'elle décrit actuellement et dont elle se plaint depuis les traitements de radio- et de chimiothérapie.

Finalement: la symptomatologie de l'expertisée pourrait être liée à un gain «primaire» ou «secondaire» sur le plan psychique. Dans le contexte d'un gain primaire, le symptôme diminue par exemple un conflit intrapsychique, comme cela peut être entre autres, observé chez les patients qui présentent un syndrome de conversion (p. ex.: paralysie du bras droit d'origine psychogène chez un jeune patient qui ressent des mouvements violents envers son père qu'il craint). On peut certes penser que son désir de changer d'orientation professionnelle suite aux traitements anticancéreux pourrait refléter un évitement de l'activité de gestionnaire de sinistre perçue entre temps comme exposée à la souffrance humaine (gain primaire), mais ce désir peut aussi être considéré comme l'expression d'un constat d'un rendement diminué, ce qui fut attesté par son employeur. Dans les efforts de réhabilitation, l'expertisée a présenté un rendement entre 10 - 20% (elle effectuait un travail facile en 8 heures, alors qu'une personne avec un rendement normal l'aurait effectué en 1-2 heures (voir «Extrait des documents du dossier»). En cas de gain secondaire, le symptôme apporte un certain avantage sur le plan concret, par exemple financier; le fait que l'expertisée paye un prix très élevé à se retrouver à cause de sa démission depuis plusieurs années en situation de précarité rend cette possibilité également peu probable. Il n'y a donc pas d'indices sur le plan clinique ou dans l'anamnèse de l'expertisée pour l'existence d'un gain primaire ou secondaire.

Les états d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue persistants suite à des traitements anticancéreux sont bien décrits dans la littérature et observés sur le plan clinique sans que la recherche n'ait pu jusqu'à présent identifier leurs causes (les recherches s'intéressant aux séquelles des traitements oncologiques sont encore relativement nouvelles, l'investigation scientifique ne vient que de commencer et se concentre sur des altérations neuro-endocrino-immunologiques). Il est évidemment plus facile de déterminer l'incapacité de travail causée par les pathologies somatiques comme une sclérose en plaques, ou psychiatriques comme une schizophrénie, que de la

déterminer face à des symptômes subjectifs qui sont de l'ordre psychosomatique mais il n'y a aucun élément qui laisse douter que l'expertisée n'arrive pas à travailler plus de quelques heures par semaine à un rendement très diminué, comme cela fut constaté par son employeur ou lors de ses stages de réinsertion."

L'expert judiciaire a en outre apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées:

"6) Ces troubles sont-ils seuls de nature à empêcher toute activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail dans quelque activité lucrative que ce soit? En cas d'empêchement, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand?

Les troubles sont de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent une incapacité totale de travail. Dans le passé, l'expertisée a essayé de s'orienter vers une activité adaptée; cette tentative a échoué. Il est donc peu probable que, même dans une activité plus adaptée, l'expertisée puisse avoir un rendement satisfaisant vu les limitations qu'elle rencontre à cause de l'asthénie, de la fatigabilité et de la fatigue. Son taux d'incapacité de travail peut être estimé à un quasi 100%.

7) Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique? En cas d'empêchement dans une telle activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

Il est peu probable que le désir de s'orienter vers une activité adaptée, ce que l'expertisée a envisagé à l'époque, soit réaliste. On constate une incapacité de quasi 100% depuis la période où elle a initié les traitements anticancéreux.

8) Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?

Dans l'affirmative

a) Quelles sont ces mesures?

Il n'y a pas de mesures médicales qui permettent à la recourante d'exercer une activité lucrative.

[...]

10) Quel est le pronostic?

L'état de l'assurée est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer?

L'état de l'assurée n'est pas susceptible de s'améliorer; il est stationnaire et ne risque pas de se péjorer.

11) Avez-vous d'autres précisions à ajouter?

Non.

Questions de la recourante

1) Quels sont les symptômes et les troubles psycho-émotionnels, dont fait état la Dresse K. _____ dans son rapport du 14 octobre 2010, présentés par Mme S. _____ ?

Les symptômes et les troubles psycho-émotionnels dont fait état la Dresse K. _____ sont de l'ordre d'une asthénie, de fatigabilité et de fatigue suite à des traitements anticancéreux.

2) Peut-on considérer qu'il s'agit d'effets secondaires des traitements oncologiques subis par Mme S. _____?

On peut considérer qu'il s'agit des effets secondaires des traitements oncologiques, étant donné qu'avant ces traitements, l'expertisée n'a jamais présenté une symptomatologie l'empêchant de travailler malgré des contraintes qu'impose la vie (voir aussi l'argumentation sous «Discussion»).

3) Quel est l'ampleur de ses troubles et leur impact sur la capacité de travail de Mme S. _____?

L'ampleur de ses troubles est d'intensité sévère et leur impact sur la capacité de travail important.

4) Existe-t-il une incapacité de travail? Si oui, depuis quand et à quel pourcentage?

L'incapacité peut être considérée comme quasi 100% depuis les traitements anticancéreux (2007).

5) Existe-t-il une diminution de rendement? Si oui, depuis quand et de quel pourcentage?

La diminution de rendement peut être considérée comme plus que 80%; l'expertisée serait en mesure de travailler de manière irrégulière 4-5 heures (pas de suite!) par semaine avec un rendement qui correspondrait à moins qu'un cinquième d'un rendement normal.

6) Quel est le diagnostic posé?

Status après radio-chimiothérapie pour un carcinome épidermoïde de l'amygdale et de la base de la langue associé à un état d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue persistant.

7) Quelle est l'éventuelle médication ou traitement prescrit?

Il n'y a pas de médication ou traitement à disposition.

8) Cet éventuel traitement est-il de nature à améliorer la capacité de travail de Mme S. _____? Si oui, à partir de quand et selon quel pourcentage?

Cette question tombe.

9) Faudrait-il selon vous interpellier un autre spécialiste pour déterminer les troubles présentés par Mme S. _____? Si oui, lequel?

Il n'y a pas d'autre spécialiste pour déterminer les troubles présents, les spécialistes du Service de radio-oncologie du [...] se sont déjà prononcés sur cette question.

10) Autres remarques

Non

Questions de l'intimé

1) Les critères d'un état de stress post-traumatique (F431) reconnus par la CIM-10 sont-ils réunis?

Les critères d'un état de stress post-traumatique (PTSD) ne sont pas réunis, l'expertisée ne souffre pas d'un PTSD.

2) Diagnostic psychiatrique selon la CIM-10?

Il n'y a pas de diagnostic psychiatrique.

3) Limitations fonctionnelles psychiatriques?

Cette question tombe.

4) Capacité de travail en pour cent du strict point de vue psychiatrique?

Cette question tombe.

5) Depuis quand?

Cette question tombe.

6) En cas de divergence éventuelle de l'avis du Dr E. _____, l'expert est prié de l'expliciter.

Le fait qu'on ne trouve pas un substrat organique, c'est-à-dire un paramètre objectivable dans le domaine somatique où une mesure avec des investigations classiques de la médecine somatique (imagerie, investigations sanguines, électrophysiologie, etc.), ne prouve pas qu'il n'y a pas une symptomatologie qui empêche l'expertisée d'effectuer un travail. Il existe des affections d'ordre psychiatrique ou psychosomatique pour lesquelles on n'a pas de mesures objectivables dans le sens de la médecine somatique qui pourtant entraînent une incapacité de travail. Ou, en d'autres mots, comme c'est le cas pour la médecine basée sur l'épreuve (evidence based medicine): Absence of evidence is not evidence of absence (Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. BMJ 1995; 311:485). Ce qui est vrai pour les investigations scientifiques en médecine est aussi vrai pour les symptômes qui se situent à l'interface entre le corps et la psyché."

Le rapport d'expertise judiciaire a été soumis aux parties avec un délai pour déposer leurs déterminations.

Dans son écriture du 18 octobre 2012, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 4 octobre 2012 du Dr H. _____, à la teneur suivante:

"L'expertise du Prof. X. _____, - irréprochable quant à sa méthodologie -, ne retient aucun diagnostic psychiatrique.

Elle conclut néanmoins à une incapacité de travail totale en raison de symptômes subjectifs de l'ordre psychosomatique tels qu'une asthénie, une fatigabilité et une fatigue persistante suite au traitement anti-cancéreux.

Rien ne permettant de douter de la bonne foi de l'assurée, l'expert se range à sa propre estimation et confirme l'incapacité de travail totale.

Il convient de remarquer que l'expertise du Dr E. _____ tenait également compte de ces éléments en admettant une incapacité de 50%.

En d'autres termes, il s'agit d'une estimation différente d'une même situation.
Malheureusement, le Prof. X. _____ n'explique pas pour quelle raison il s'écarte de l'avis du Dr E. _____.

Pour répondre à votre question sur les empêchements ménagers, je dirai qu'en l'absence de pathologie psychiatrique, c'est l'enquête à domicile qui fait foi."

La recourante s'est déterminée le 19 octobre 2012, en déclarant se rallier entièrement aux conclusions de l'expert et maintenir les conclusions prises au pied de son recours du 18 octobre 2010.

Le 8 novembre 2012, l'OAI a expliqué n'avoir rien à ajouter à ses déterminations du 18 octobre 2012.

Le 14 novembre 2012, la recourante a relevé que les motifs de la divergence entre les rapports du Dr E. _____ et du Prof. X. _____ ressortaient de l'expertise de ce dernier, qui démontrait la réalité des effets secondaires sévères et persistants des traitements anticancéreux qu'elle avait subis.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par

le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 10 septembre 2010 par l'OAI.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de son état de santé, et partant, son droit à la rente.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 al. 1 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être

raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2 et I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait

qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2).

4. Il apparaît que la situation de la recourante n'était pas clairement établie sur le plan médical. En particulier, le Dr E._____, dans son rapport du 10 avril 2010, a observé que la symptomatologie de la recourante ne recevait pas d'explication évidente, indiquant ainsi que la nature de sa fatigue et des troubles de la concentration allégués ne recevaient pas d'explication claire et qu'il n'y avait pas de substrat organique «évident». Une expertise judiciaire a alors été mise en oeuvre et confiée au Prof. X._____.

Dans son rapport du 25 septembre 2012, l'expert judiciaire retient, sur la base d'un examen détaillé et approfondi du dossier de la recourante, ainsi que de deux entretiens avec cette dernière, les diagnostics de carcinome épidermoïde de l'amygdale et de la base de la langue de stade cT3cN2bcMo et de status après radio-chimiothérapie terminée en 2007 associée à un état d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue persistant. Le Prof. X._____ explique ensuite de manière très

précise et fouillée pour quelles raisons il tient les plaintes de la recourante pour crédibles et exclut une simulation. Il expose en outre de façon convaincante ce qui le conduit à exclure notamment les diagnostics de somatisation, de neurasthénie et de syndrome chronique de fatigue. Il détaille aussi les motifs qui le conduisent à exclure que la symptomatologie de la recourante puisse être liée à un gain primaire ou secondaire sur le plan psychique.

Cela étant, le Prof. X._____ observe que des états d'asthénie, de fatigabilité et de fatigue persistants suite à des traitements anticancéreux sont bien décrits dans la littérature et observés sur le plan clinique, sans que la recherche n'ait pu jusqu'ici identifier leurs causes. Pour l'expert, il n'en demeure pas moins qu'aucun élément ne laisse douter que la recourante n'arrive plus à travailler que quelques heures par semaine et a un rendement très diminué, estimant son taux d'incapacité à quasi 100% depuis son traitement anti-cancéreux.

L'expert donne ainsi une explication aux effets secondaires sévères et persistants des traitements anti-cancéreux suivis par la recourante, alors que le Dr E._____ se contentait de faire état d'une symptomatologie ne recevant pas d'explication évidente.

Au demeurant, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à la suite de la radiochimiothérapie qu'elle a dû subir du fait d'un carcinome épidermoïde de l'amygdale gauche de la base de la langue et du palais de stade III avec métastases cervicales. Certes le Dr A._____ a constaté une rémission complète de la maladie (cf. rapport médical de ce médecin du 3 avril 2008), appréciation rejointe par le Dr D._____ qui a fait état d'un bon pronostic (cf. rapport médical du Dr D._____ du 28 mai 2008). Cela étant, le Dr D._____ a constaté que la recourante était épuisée et limitée dans les tâches ménagères par lenteur dans l'accomplissement de tout travail et trouble de la concentration (cf. son rapport à l'OAI du 25 août 2009). Le Prof. Y._____ et le Dr N._____ ont également constaté que la recourante présentait une incapacité de travailler de 100% en raison

d'effets secondaires du traitement radio-chimiothérapeutique (cf. leur courrier du 29 octobre 2009). Du reste, ces médecins ont relevé que les effets secondaires du traitement n'étaient pas exclusivement aigus, mais aussi tardifs (cf. courrier du Prof. Y. _____ et du Dr N. _____ du 30 août 2010). Finalement, tous les médecins ayant examiné la recourante, à l'exception du Dr E. _____, ont constaté un état de fatigue et d'épuisement en lien avec les suites de son traitement anti-cancéreux l'empêchant de reprendre une activité. Quant au Dr E. _____, ainsi qu'on l'a vu, il a uniquement constaté l'absence d'explication évidente à l'état de la recourante. Or il n'a pas motivé les conclusions de son rapport, en particulier en tant qu'il n'a pas cherché à instruire et expliquer les problématiques de fatigue et de troubles de la concentration présentés par la recourante. L'expert judiciaire a pour sa part exposé que la recourante décrivait des symptômes typiques et précis, qu'elle n'avait, dans ses efforts de réhabilitation, présenté qu'un rendement de 10 à 20%, faisant pour le surplus état de la littérature médicale récente relative à la fatigue, à la fatigabilité et à l'asthénie chez les patients cancéreux après des traitements chimio-radiothérapeutiques. Le seul fait que l'expert judiciaire ne retienne pas de diagnostic psychiatrique ne permet pas de remettre en cause son rapport d'expertise. Il apparaît au demeurant qu'il a exposé pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation du Dr E. _____, sans que l'on ne puisse considérer que le Prof. X. _____ s'est contenté de donner une estimation différente d'une même situation, comme le soutient le Dr H. _____ du SMR dans son avis du 4 octobre 2012.

Finalement, au terme de son analyse, l'expert judiciaire retient que la recourante présente une incapacité totale de travailler dans toute activité depuis 2007 et son traitement anti-cancéreux.

Il y a lieu d'accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra) au rapport d'expertise judiciaire du Prof. X. _____ du 25 septembre 2012, qui se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes de la partie assurée et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les conclusions de l'expert sont, sur la question

de la capacité de travail de l'assurée, claires et bien motivées; elles emportent la conviction.

5. A ce stade, il convient d'examiner le calcul du taux d'invalidité présenté par la recourante.

a) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]; TF 9C_790/2010 du 8 juillet 2011, consid. 3.1.3 et la référence).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels.

Sur la base des informations ressortant du formulaire 531bis du 14 mai 2008, la recourante a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% dans son activité habituelle pour des motifs d'ordre

financier. Ce constat est par ailleurs confirmé par l'enquête économique de l'intimé dans laquelle la spécialiste retient une part active de 50% et une part de ménagère de 50%. Dans ces circonstances, la recourante se consacrant, outre son activité professionnelle, à ses travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité doit être fixée en application de la méthode mixte d'évaluation – ce qui n'est au demeurant pas contesté par les parties.

b) En l'occurrence, tant dans son activité habituelle que dans toute autre activité, la recourante subit une perte de gain, dès lors qu'elle ne dispose d'aucune capacité résiduelle de travail depuis 2007 (cf. consid. 4 supra). Dans la mesure où la part active de la recourante est de 50%, l'invalidité y relative est dès lors également de 50%.

S'agissant de la part ménagère (part: 50%, cf. enquête économique du 8 décembre 2008 de l'OAI), en présence d'un taux d'empêchement de 40,6%, c'est à raison que l'intimé retient un degré d'invalidité de 20,3% ($[40,6\% \times 50] / 100$).

c) Il en résulte ainsi un taux d'invalidité de 70,3%, arrondi à 70% (ATF 130 V 121) (50% + 20,3%), qui ouvre le droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

6. Il reste à déterminer le moment à partir duquel le droit à la rente doit être reconnu.

A cet égard, la recourante ne peut pas prétendre un droit à une rente d'invalidité avant le 1^{er} septembre 2008, parce que le début du droit ("Anspruchsbeginn") doit être fixé à cette date conformément à l'art. 29 al. 1 LAI. Selon cette disposition, portant spécifiquement sur les prestations de rente, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des

prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI] 2011, n°2187 ss p. 591) (cf. TF 9C_432/2010 du 8 juillet 2010 et 9C_441/2012 du 31 août 2012, consid. 3.3). La recourante ayant déposé sa demande de prestations le 10 mars 2008, son droit à la rente prend ainsi naissance le 1^{er} septembre 2008.

7. Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision de l'OAI réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à la recourante dès le 1^{er} septembre 2008.

L'intimé supportera les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont il convient d'arrêter le montant à 2'500 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 10 septembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à S._____ dès le 1^{er} septembre 2008.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 S._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :