

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2014

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Pasche et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

M._____, à Aigle, recourante, représentée par Me Muriel Vautier, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) Originaire de Serbie, M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, est titulaire d'un diplôme de dessinatrice en construction de bateaux obtenu à Belgrade en 1985. Mariée en 1989, l'assurée a travaillé temporairement dans une loterie, puis en qualité d'aide de bureau dans une banque jusqu'à la naissance de sa première fille en 1989. Entrée en Suisse au mois d'octobre 1991 avec son mari et son enfant, elle a donné naissance à deux autres filles, en 1993 et 1999.

A partir de 2003, l'assurée a vainement recherché du travail en tant qu'employée de bureau. Elle a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage et a été inscrite pendant trois ans auprès d'un office régional de placement. Elle a par ailleurs suivi des cours de français et d'informatique.

b) Le 16 février 2006, l'assurée a subi une mastectomie gauche avec curage ganglionnaire axillaire en raison d'un carcinome canalaire invasif. Cette intervention a été suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie avec tentative de reconstruction.

En date du 4 avril 2006, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) en vue de l'octroi d'une prothèse mammaire. Le 25 août 2006, l'office AI a accepté la prise en charge de ce moyen auxiliaire.

B. a) Le 4 décembre 2006, M. _____ a déposé une seconde demande de prestations AI, tendant à l'allocation d'une rente. Elle n'a mentionné que le cancer du sein comme atteinte à la santé, alors qu'elle avait présenté une rupture ligamentaire du genou droit en mai 2003 et qu'une obésité morbide avait été traitée par by-pass gastrique en février 2004.

Sur formulaire ad hoc rempli le 8 janvier 2007, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue du ménage, en qualité d'employée de bureau ou autre, à 100%, par intérêt personnel et nécessité financière, ceci depuis mai 2003.

L'office AI a demandé au Dr T._____, spécialiste FMH en oncologie et hématologie, de compléter un rapport médical, ce que celui-ci a fait en date du 17 janvier 2007. Avec répercussion sur la capacité de travail, il a posé divers diagnostics en relation avec le cancer mammaire ainsi qu'un status après by-pass gastrique en 2004 pour obésité morbide. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité de ménagère depuis le 15 février 2006. Il a en outre indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire et que pendant la période de traitement, elle n'avait pas été en mesure de poursuivre ses recherches d'emploi, tout en estimant possible la reprise d'une activité professionnelle à 50% dès les mois de mai ou juin 2007. Compte tenu de la formation de l'assurée, il envisageait l'instauration de mesures professionnelles dans un délai de trois à quatre mois, nécessité par la récupération postérieure au traitement.

Dans un rapport du 10 mars 2007 à l'intention de l'office AI, le Dr Q._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a retenu pour sa part une incapacité de travail totale dès le 16 février 2006. Il a relevé avoir été consulté par sa patiente en janvier 2007 pour un état dépressif, dont le traitement était assuré par le Dr S._____ du Centre Z._____, à U._____. Il a également fait état d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité de femme au foyer, plus précisément d'une diminution de rendement de 50%.

A la demande du médecin-conseil de l'office AI, le Dr T._____ a précisé dans un rapport du 6 août 2007 que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis son rapport du 17 janvier 2007. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, ce médecin a retenu la persistance d'un état de fatigue, induisant des troubles de la concentration et un état anxieux, ainsi qu'un état dépressif, faisant l'objet d'un traitement. Il estimait que la capacité de travail à terme était de l'ordre de 20%, pour autant que l'évolution fût favorable.

Aux fins de déterminer les empêchements ménagers, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage. Celle-ci a eu lieu le 24 octobre 2007. Du rapport daté du même jour, il ressort que l'invalidité ménagère est de 12,2%. L'assurée bénéficiait de l'aide de son mari et de ses filles pour exécuter les travaux ménagers, les empêchements étant peu nombreux malgré son état dépressif. Le statut de 100% active était justifié dès le mois d'août 2003, date de la scolarisation de la fille cadette, et de la nécessité d'augmenter les ressources financières de la famille. Les limitations étaient surtout d'ordre psychique et paraissaient justifier une investigation médicale complémentaire. L'assurée s'était enfin engagée à envoyer à l'office AI la copie des offres d'emploi qu'elle affirmait avoir adressées à divers employeurs, ce qu'elle a fait quelques jours plus tard.

S'avisant que l'assurée était suivie sur le plan psychiatrique, le Dr W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a fait demander le 10 octobre 2008 le rapport des psychiatres traitants. Donnant suite à cette requête, les Drs V._____, chef de clinique au Centre Z._____, et S._____, médecin assistant, ont posé, dans un rapport du 17 novembre 2008, le diagnostic affectant la capacité de travail d'anxiété généralisée (F 41.00), existant depuis janvier 2007, date du début du suivi psychiatrique. Ils ont relevé que l'assurée n'avait pas d'antécédents psychiatriques jusqu'à l'apparition de son cancer mammaire, coïncidant avec le développement d'une thymie dépressive. Malgré l'évolution apparemment favorable du cancer, une anxiété persistait et dominait le tableau clinique. Elle se manifestait par des soupirs et des tremblements dans la voix. L'assurée décrivait des ruminations concernant son traitement contre le cancer (peur de la mort) et concernant son avenir (crainte qu'un malheur n'atteigne sa famille et que celle-ci ne puisse s'en sortir). Des troubles de l'endormissement dus aux ruminations étaient en outre signalés. Une thymie triste était également constatée avec des pleurs mais sans idée suicidaire. Parallèlement, les médecins prénommés ont constaté une apathie, une anhédonie ainsi qu'une fatigue physique et psychique. Aucun symptôme

floride de la lignée psychotique n'avait été observé. S'exprimant à propos de l'évolution du cas, ils ont relevé que la peur du cancer devenait envahissante, laissant peu de place à des moments de tranquillité au quotidien. En outre, la longue durée de l'état anxieux présenté par l'assurée laissait présager une chronicité, à laquelle s'ajoutaient des difficultés majeures pour gérer le quotidien et développer une activité professionnelle. Ces considérations les ont conduits à regarder comme impossible la recherche d'un emploi ou la réalisation d'une formation pour pouvoir exercer une activité professionnelle. Ils ont recommandé la poursuite d'un traitement médical, associant prescription de médicaments et entretiens psychiatriques de soutien.

Informé par l'assurée d'un changement dans son état de santé, l'office AI a prié le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant, de lui faire parvenir un rapport médical. Le 27 avril 2009, ce praticien a indiqué que la profession d'employée administrative n'était plus exigible, en raison d'une asthénie intense et des douleurs présentées, ces restrictions n'étant selon lui pas susceptibles d'être réduites par des mesures médicales.

L'assurée ayant également changé de psychiatre, l'office AI a demandé à la Dresse X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de lui fournir un rapport médical, ce qu'elle a fait en date du 30 avril 2009. Elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anxiété généralisée (F41.1), marquée depuis 2007 et d'épisode dépressif léger (F 32.0), existant depuis mars 2009. Aux symptômes mentionnés par les médecins du Centre Z._____, elle a ajouté la perte d'intérêt pour toute activité, un sentiment de culpabilité ainsi que des idées hypocondriaques. La perte d'appétit était compensée par des grignotages, ce qui entraînait une reprise de poids, soit 20 kilos depuis 2007. Celle-ci aggravait la problématique anxieuse par une perte d'estime de soi et un sentiment d'échec. Les manifestations anxieuses observables se traduisaient par des soupirs, des sensations de malaise, des vertiges et des tremblements. La Dresse X._____ a considéré que la capacité de travail était nulle en raison de la difficulté de l'assurée à se concentrer, de

son anxiété et des manifestations neurovégétatives gênant toute activité. Parmi les restrictions psychiques, elle a retenu une grande sensibilité et une labilité émotionnelle (pleurs fréquents) avec perte d'estime et de confiance en soi. Ces limitations réduisaient la capacité d'apprentissage, d'adaptation et de gestion du stress dans le cadre d'une activité professionnelle. Ayant observé une chronicisation de l'anxiété, elle a préconisé la poursuite d'un suivi psychiatrique.

A la lecture des rapports médicaux recueillis, le Dr W. _____ a constaté une péjoration de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique et une anxiété généralisée interférant avec les activités ménagères, de sorte qu'il a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique (avis du 8 décembre 2008). Confiée à la Dresse B. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, elle a eu lieu le 27 juillet 2009. Dans son rapport du même jour, elle a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de « symptomatologie anxieuse secondaire à une situation oncologique objectivement grave, traitée et en rémission actuellement (F 43.22) ». Se déterminant sur les rapports médicaux en sa possession, elle s'est ralliée au diagnostic d'anxiété généralisée posé par les Drs V. _____ et S. _____. En revanche, en estimant qu'il était impossible à l'assurée de rechercher un emploi ou de réaliser une formation, la Dresse B. _____ considérait que ces médecins ne fournissaient aucune motivation en lien avec une éventuelle atteinte psychiatrique à la santé. Elle a ensuite relevé que les diagnostics d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif léger posés par la Dresse X. _____ étaient en accord avec son propre examen. Il ne s'agissait cependant pas d'une maladie anxieuse incapacitante, mais d'une symptomatologie secondaire à une réalité difficile. Répondant aux questions posées par l'administration, l'expert a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de limitation sur le plan psychiatrique. Elle a expliqué que l'assurée n'était pas une malade psychiatrique mais une patiente anxieuse face à la réalité de son état de santé. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, elle était d'avis que celle-ci était entière en tant que ménagère et qu'elle était tributaire de l'atteinte somatique à la santé dans une activité de salariée. Elle estimait toutefois qu'un soutien à la reprise d'un travail se justifiait

étant donné le fort impact psychologique de la maladie cancéreuse et le fait que l'assurée n'avait pas travaillé depuis une vingtaine d'années.

Dans un rapport médical du 20 août 2009, le Dr W. _____ a relevé que la vie quotidienne de l'assurée telle que rapportée à l'expert B. _____ et les observations objectives de cette dernière démontraient qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique empêchant l'assurée d'exercer une activité dans son domaine de compétences. Au plan somatique, il existerait une certaine fragilité du genou droit empêchant la marche en terrain inégal, les montées et descentes d'escaliers ainsi que les positions à genoux ou accroupie.

Par projet d'acceptation de rente du 25 août 2009, l'office AI a retenu une incapacité de travail totale du 16 février 2006 (début du délai d'attente d'un an) jusqu'au 17 avril 2007 (date du début de l'aptitude à la réadaptation selon le Dr T. _____). En conséquence, l'assurée avait droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2007. Cependant, dès le 18 avril 2007, la capacité de travail de l'assurée était considérée comme complète dans l'exercice d'une activité lucrative sédentaire à semi-sédentaire respectant les mesures d'épargne du genou droit. Dès cette date, l'office AI estimait qu'elle ne présentait plus d'invalidité, sa capacité de travail et de gain étant à nouveau entière. Conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité, la rente était par conséquent supprimée trois mois après l'amélioration, soit avec effet au 31 juillet 2007.

b) Ayant pris connaissance de ce projet, la Dresse C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a écrit à l'office AI une lettre datée du 7 septembre 2009, dans laquelle elle entendait préciser quelques points relatifs à la situation clinique de sa patiente. Celle-ci a été adressée à sa consultation par la Dresse X. _____ après que cette dernière eut cessé son activité en avril 2009. Des documents transmis par cette dernière, il apparaissait que l'état de santé de l'assurée était loin d'être stable et qu'il se caractérisait par un repli sur soi, de la tristesse, un trouble du sommeil et une majoration de l'état anxieux. Des symptômes

physiques d'anxiété tels que des maux de tête et des vertiges étaient rapportés. L'assurée éprouvait en outre un important sentiment de culpabilité vis-à-vis de ses enfants et de son mari. Elle avait de grandes difficultés à faire face à ses tâches ménagères, n'avait plus goût à rien, présentait d'importants problèmes de concentration et avait de manière récurrente des idées morbides, rapportant que sa vie telle qu'elle était ne valait pas la peine d'être vécue. Le tableau clinique était ainsi celui d'une anxiété majeure associée à une dépression. Il était identique à celui présenté au début de la prise en charge par la Dresse C. _____ au mois de mai 2009. Par ailleurs, la situation était complexe du fait de l'impasse thérapeutique. En raison des interférences avec le traitement oncologique, la Dresse C. _____ a introduit un nouvel antidépresseur, à une dose cependant moindre comparé à une situation similaire hors contexte oncologique. De ce fait, il était prématuré de dresser le constat d'un changement dans le status clinique de l'assurée, dès lors que son état de souffrance psychique perdurait depuis 2006 à tout le moins, induisant une anxiété permanente empêchant la patiente de s'inscrire dans la réalité d'un monde professionnel, trop stressant pour elle. Il convenait de prendre le temps du soin, différé jusque là en raison des effets secondaires des antidépresseurs, aggravant une obésité morbide ou interférant avec la thérapie antioestrogénique préconisée dans le traitement du cancer du sein. Ce n'est qu'une fois stabilisée que l'assurée serait en mesure de s'inscrire dans un projet de réadaptation professionnelle lui offrant le cadre sécurisant dont elle a besoin pour renouer avec le monde du travail.

Par l'intermédiaire de Me Nabil Charaf, l'assurée a fait parvenir à l'office AI une lettre datée du 20 octobre 2009, contestant la position de l'office AI, telle qu'exprimée dans son projet du 25 août 2009. A l'appui de son argumentation, elle a produit divers rapports médicaux relatifs à ses pathologies (affection du genou, obésité, examen oncologique). Y figuraient également le rapport de la Dresse C. _____ du 7 septembre 2009 ainsi qu'une lettre du 31 août 2009, adressée par le Dr P. _____ à la Dresse B. _____ et comportant ses propres réponses aux questions posées par l'office AI à l'expert. Diagnostiquant avec effet sur la capacité de travail des troubles graves de la personnalité avec troubles du

comportement et état dépressif ainsi qu'une obésité morbide et un status post-mastectomie sur carcinome mammaire, le Dr P. _____ a fait état, au titre des plaintes et données subjectives de l'assurée, d'angoisses, d'un manque de motivation et d'une asthénie intense. Il a également noté la présence d'un état dépressif chronique, d'insomnie, de boulimie et de troubles anxieux sévères. Outre la persistance des troubles psychiatriques et de somatisations diverses, il a mentionné des carences en acide folique et en vitamine B 12, ce qui nécessitait des corrections régulières. S'agissant ensuite de la capacité de travail de l'assurée, le Dr P. _____ a énuméré diverses limitations au plan physique (asthénie intense, douleurs, faible résistance, gonalgies bilatérales, œdème des membres inférieurs avec insuffisance circulatoire veineuse), psychique et mental (conséquences physiques de l'obésité morbide et angoisses pathologiques constantes, perte de l'estime de soi, grande difficulté d'attention et de compréhension) et social (communication difficile du fait des barrières sociales et culturelles ainsi que linguistiques, ajoutant qu'elle se débattait dans de gros problèmes sociaux et financiers sans pouvoir y faire face). Le Dr P. _____ concluait en indiquant qu'à son avis, sa patiente ne lui paraissait pas en état de s'adapter à un environnement professionnel et ce, probablement d'une manière définitive.

Appelé à se prononcer sur les objections développées par l'assurée dans sa lettre du 20 octobre 2009, le Dr W. _____ a constaté dans un avis du 2 décembre 2009 que le Dr P. _____ n'avait pas contesté les conclusions de l'expertise réalisée par la Dresse B. _____. Il reprochait seulement à l'office AI de ne pas avoir tenu compte des atteintes somatiques, ce qui était inexact selon le Dr W. _____ dans la mesure où le rapport du SMR du 20 août précédent mentionnait l'obésité, le passé de cancer du sein et l'atteinte au genou droit, sans toutefois leur accorder une valeur incapacitante. Evoquant ensuite plusieurs des rapports joints par l'assurée à sa précédente correspondance, le Dr W. _____ a observé que leurs auteurs ne s'étaient pas prononcés sur sa capacité de travail. Il a expliqué que s'il avait été tenu compte des limitations fonctionnelles induites par l'atteinte au genou pour l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, l'obésité et le carcinome avaient été

laissés de côté ; en effet, la première ne constituait pas une maladie invalidante, tandis que l'évolution du second était favorable sans évidence de récurrence trois ans après le début du traitement. Le Dr W._____ a par ailleurs relevé que c'était à juste titre que la Dresse B._____ n'avait pas pris en considération les facteurs économiques, sociaux et culturels dans l'évaluation de la capacité de travail, celle-ci ne reposant que sur des éléments d'ordre médical. Enfin, le Dr W._____ s'est étonné de ce que la Dresse C._____ ait déclaré à la Dresse B._____ que l'assurée avait les ressources psychiques nécessaires pour apprendre un nouveau métier et l'exercer à plein temps, avant de se rétracter dans son rapport du 7 septembre 2009. En fin de compte, le Dr W._____ a considéré que les objections soulevées n'étaient pas de nature à modifier la position adoptée précédemment.

En date du 15 décembre 2009 (date d'indexation), l'office AI a fait parvenir la motivation en vue de la notification de la décision formelle. Les termes en étaient identiques à ceux du préavis du 25 août précédent. Une lettre du même jour reprenait les arguments développés par le Dr W._____ dans son avis du 2 décembre 2009.

C. a) A la lecture de cette motivation, la Dresse C._____ a adressé à l'office AI une lettre datée du 12 février 2010. Citant la conclusion de son rapport du 7 septembre 2009, elle a souligné que l'état anxieux présenté par l'assurée l'empêchait d'envisager l'exercice d'une activité professionnelle. Ce n'est que lorsque son état se serait suffisamment stabilisé qu'elle pourrait éventuellement adhérer à un projet de réadaptation professionnelle. Elle s'est ensuite inscrite en faux contre la conclusion que le Dr W._____ a tirée de ses propos à la Dresse B._____. La Dresse C._____ a exposé que c'était une fois l'invalidité de l'assurée reconnue qu'elle avait évoqué l'évaluation de la capacité de travail dans le cadre d'une mesure de réadaptation professionnelle, au sein d'un environnement protégé. Lui prêter la reconnaissance d'une capacité de travail revenait à faire fi de la réalité vécue par sa patiente.

Désormais représentée par Me Muriel Vautier, l'assurée a fait parvenir à l'office AI des observations datées du 30 avril 2010. Après avoir rappelé la teneur des principales pièces médicales versées au dossier, l'assurée a souligné qu'il existait d'importantes contradictions entre les conclusions du rapport d'expertise de la Dresse B._____ - sur lequel reposait entièrement le projet de décision - et les divers rapports médicaux établis par les médecins l'ayant successivement examinée (Drs T._____, P._____ ainsi que les médecins psychiatres V._____, X._____ et C._____). Or, la Dresse B._____ n'expliquait pas en quoi les troubles psychiques constatés n'étaient pas incapacitants, s'écartant ainsi de l'avis des autres médecins. En outre, l'assurée estimait que l'expertise ne prenait pas suffisamment en compte la corrélation entre les troubles psychiques et les atteintes somatiques observées. Il convenait dès lors de procéder à une clarification de la situation médicale en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire, englobant tant l'aspect psychique que physique.

Dans un avis médical du 28 mai 2010, le Dr W._____ a porté une appréciation sur les objections émises par l'assurée. Il a en bref considéré que la Dresse B._____ s'était déterminée sur chacun des rapports de ses confrères psychiatres, que son appréciation de la capacité de travail reposait sur des observations objectives et que son avis devait prévaloir sur celui des médecins traitants, enclins à davantage d'empathie envers leurs patients. En conséquence, les éléments avancés ne permettaient pas de revoir la position antérieure.

En date du 22 avril 2010, le conseil de l'assurée a demandé au Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à l'expertise psychiatrique de sa mandante. Dans son rapport du 23 juin 2010, il a posé, selon la CIM-10, les diagnostics psychiatriques suivants : épisode dépressif moyen (F 32.1) et anxiété généralisée (F 41.1), qu'il a ensuite commenté en ces termes :

« En ce qui concerne l'épisode dépressif, nous retenons les éléments suivants : une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi,

des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, ainsi qu'une perturbation du sommeil.

Ces symptômes accompagnent une baisse de l'humeur constante, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités agréables ainsi qu'une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Pour Madame M._____, des efforts minimes entraînent une fatigue importante (cf. rubrique F 32 de la CIM-10).

En raison du traitement médicamenteux anti-oestrogènes et antidépresseur, l'évaluation de l'existence ou non d'un syndrome somatique lié à la dépression serait faussée. Nous renonçons donc à préciser le 5^{ème} caractère du code CIM-10.

Précisons que les critères sont remplis pour un épisode dépressif (majeur selon le DSM-IV), de sévérité moyenne à savoir un trouble qui dépasse un simple état anxio-dépressif ou un trouble dépressif réactionnel.

Ce type de trouble, comme c'est précisément le cas chez Madame M._____, « s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales et ménagères » selon la CIM-10 (cf. rubrique F 32.1).

En ce qui concerne le trouble *anxiété généralisée*, il est composé dans ce cas de deux aspects :

a) le premier concerne une tendance anxieuse de longue date, probablement en rapport avec les difficultés familiales et sociales depuis l'âge adulte de l'expertisée.

b) le deuxième aspect concerne la maladie potentiellement mortelle dont l'expertisée souffre depuis 2004 et qui n'a pas été diagnostiquée correctement et dont l'issue reste incertaine. Ainsi, la confiance dans le propre corps, mais aussi la confiance dans le monde médical a été sévèrement ébranlée et accentue la problématique anxieuse.

Outre ses nombreuses appréhensions et inquiétudes, l'expertisée est actuellement convaincue qu'elle n'a pas le droit d'être heureuse et que si elle l'était, de nouveaux malheurs lui tomberaient dessus. Elle vit ainsi pleinement ce qu'on appelle des anticipations négatives.

6. Discussion et réponses aux questions

Il s'agit d'une personne de 43 ans, mère de trois filles âgées de 21, 17 et 11 ans, ayant subi une mastectomie totale gauche en 2006 suivie de plusieurs interventions reconstructives. Madame M._____ est d'origine serbe et mariée avec un ingénieur en chimie pétrolière d'origine irakienne. En Suisse depuis 1991 et en attente d'une autorisation de séjour jusqu'en 2003, la famille semble avoir affronté d'importantes difficultés d'intégration et économiques malgré les bonnes ressources personnelles de Madame M._____ et de son mari. L'expertisée a développé une obésité morbide dès son arrivée en Suisse, aboutissant à une opération de by-pass en 2004.

La situation médicale de Madame M._____ est actuellement dominée par la mastectomie survenue tardivement et impliquant une mutilation physique avec atteinte importante de son image de femme. Cette maladie a d'autre part contribué à lui faire perdre confiance en elle et dans le monde et a généré des angoisses de mort toujours très présentes, ainsi qu'une nouvelle augmentation du poids.

Madame M._____ se plaint essentiellement d'une grande fatigue dont l'origine est probablement multifactorielle. Le traitement médicamenteux anticancéreux joue probablement un rôle, mais l'anxiété permanente et un état dépressif de sévérité moyenne jouent également un rôle. L'expertisée dépense actuellement une énergie psychique énorme pour ne pas sombrer, pour assumer sans vraiment y arriver, ses rôles de mère et d'épouse à minima.

A notre avis, Madame M._____ dispose de ressources intellectuelles indiscutables et elle devrait pouvoir surmonter les conséquences psychiques de son atteinte cancéreuse. Toutefois elle a besoin d'être reconnue dans ses difficultés et rassurée. Elle a besoin d'être accompagnée progressivement vers un état d'acceptation de la perte subie.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons affirmer qu'elle n'est pas en mesure actuellement d'intégrer un processus de réadaptation ni un processus de travail. A notre avis, la Doctoresse B._____ a sous-estimé l'impact psychologique de cette maladie potentiellement mortelle chez une personne anxieuse, éprouvée depuis de nombreuses années par des difficultés liées au statut de migrante.

Nous relevons la contradiction dans le rapport de la Doctoresse B._____ qui adhère aux diagnostics d'anxiété généralisée et d'épisode dépressif léger dans ses commentaires des rapports des médecins traitants (cf page 9 de son rapport), mais sans retenir elle-même ces diagnostics dans son rapport.

Nous soulignons surtout qu'un état psychique réactionnel peut être incapacitant ; c'est l'intensité de la symptomatologie qui est déterminante et non pas le caractère réactionnel ou endogène de la maladie.

Ainsi, en opposition avec la Doctoresse B._____ - qui estime qu'il n'y a pas d'atteinte incapacitante pour motif psychiatrique parce que la réaction psychique est compréhensible face à une « *situation oncologique grave* » - il nous paraît nécessaire d'apporter quelques précisions.

Madame M._____ est fortement éprouvée par sa maladie potentiellement mortelle, un peu sur le mode d'un syndrome de stress post-traumatique. Ce n'est pas parce que la réaction psychique est compréhensible et qu'elle ne traduit pas une maladie psychique indépendante, que son trouble réactionnel ne peut avoir de répercussion limitant la capacité de travail.

De surcroît, le diagnostic psychiatrique retenu par la Doctoresse B._____ ne peut pas être juste. Selon la CIM-10, le délai maximal attribué à un diagnostic de trouble de l'adaptation F 43.2

(précisément la rubrique diagnostique pour les troubles psychiques réactionnels) est de deux ans pour une réaction dépressive prolongée (F 43.21), alors que la Doctoresse B._____ retient seulement une réaction mixte anxieuse et dépressive F 43.22 qui est donc un trouble qui ne devrait pas durer plus de six mois selon la CIM-10.

Le délai attribué à un trouble de l'adaptation est donc largement dépassé dans ce cas et ne peut plus être pertinent. En réalité, il s'agit donc bien plus d'un véritable état dépressif en rapport avec une difficulté à faire le deuil de l'atteinte narcissique subie par l'atteinte à l'identité féminine, chez une personne épuisée sur le plan psychique par des épreuves antérieures.

On pourrait se poser dans ce cas la question d'un trouble de la personnalité lié à la maladie cancéreuse (F 62.8 selon la CIM-10), mais le recul est court et le pronostic semble actuellement encore bon. Dès lors, nous estimons qu'un tel diagnostic n'est pas justifié. Par contre, nous pensons qu'il y a un risque d'une telle évolution si Madame M._____ n'a pas de soutien ou ne trouve qu'un soutien insuffisant.

Dans le cas de Madame M._____, il existe manifestement une incapacité à intégrer la perte subie en rapport avec son organisation de personnalité à tendance perfectionniste et en rapport avec les nombreuses épreuves traversées qui ont probablement épuisé son potentiel énergétique.

Les capacités d'élaboration de Madame M._____ sont dépassées, ce qui entraîne des symptômes psychiques classiques liés à un état dépressif (troubles de la concentration, perte de l'envie et du plaisir aux choses agréables, repli social, sentiment d'insuffisance et perte de confiance en soi, troubles du sommeil, incapacité de se projeter dans l'avenir et idéation de mort très présente).

Madame M._____ a actuellement besoin de plus de temps qu'une personne sans antécédents pour digérer l'atteinte majeure à sa féminité et le rappel à sa mortalité que constitue le cancer du sein et le traitement important qui s'en est suivi. »

Répondant aux questions posées, l'expert a considéré que l'assurée présentait des limitations tant sur les plans physique et psychique que social, ce qui excluait toute capacité de travail résiduelle. Il a exposé qu'à l'annonce de son cancer en 2006, l'assurée s'était effondrée et qu'elle avait été envahie par une problématique anxieuse. Il fallait qu'elle puisse se reconstruire suffisamment avant d'envisager un retour dans un circuit professionnel.

Le 1^{er} juillet 2010, le conseil de l'assurée a fait parvenir à l'office AI le rapport du Dr F._____ auquel était jointe une lettre contenant un résumé des constatations effectuées par l'expert.

Se déterminant dans un avis du 7 juin 2011, le Dr A._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin auprès du SMR, a retenu l'existence d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée dès le mois d'avril 2010, date de l'expertise réalisée par le Dr F._____. Il a considéré que l'assurée présentait à compter de cette date un trouble dépressif et une anxiété généralisée à l'origine d'une incapacité totale de travail. S'avisant que l'assurée était au bénéfice d'un traitement conforme aux règles de l'art, il a suggéré de solliciter l'avis de la Dresse C._____, psychiatre traitant, avant de proposer des mesures de réinsertion.

Dans une lettre du 8 septembre 2011, la Dresse C._____ a répondu aux questions posées par l'office AI. Elle a d'abord expliqué que le traitement instauré consistait en séances de psychothérapie de soutien associées à une médication psychotrope, l'objectif poursuivi étant d'atténuer la tonalité sombre du discours et son aspect projectif. Elle a ensuite indiqué que l'assurée se montrait ponctuelle aux entretiens mais que de nombreuses difficultés subsistaient en raison notamment de son incapacité à se détacher des aspects morbides de ses propos ainsi que des conflits qu'elle rencontrait au sein de sa famille. S'agissant enfin de l'évolution de la situation, la Dresse C._____ a observé que le status clinique n'avait guère évolué du fait des importantes fluctuations de l'humeur présentées par sa patiente, laquelle associait à un espace psychique fortement imprégné de représentations négatives un pessimisme, laissant peu de place à une perspective d'évolution positive.

A la suite des réponses apportées par la Dresse C._____, le Dr A._____ a rédigé un nouvel avis médical en date du 24 février 2012. Après un bref résumé de sa précédente prise de position, il a retenu une évolution défavorable de l'état de santé psychique de l'assurée en raison de l'interaction des troubles psychiques présentés et ce, en dépit de sa

collaboration active à la prise en charge psychiatrique. En conclusion, il a posé les diagnostics, selon la CIM-10, d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) et d'anxiété généralisée sévère (F 41.1). Il a estimé que la capacité de travail était nulle depuis le mois d'avril 2010 et des mesures de réinsertion n'étaient pas envisageables dans ce contexte.

Le 9 mai 2012, l'office AI a rendu un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant le projet du 25 août 2009. Il a retenu que l'assurée avait présenté un état dépressif et une anxiété généralisée à l'origine d'une incapacité de travail totale à partir du mois d'avril 2010. En application de l'art. 29bis du règlement de l'assurance-invalidité, prévoyant un délai d'attente d'une année en cas de nouvelle atteinte à la santé (en l'occurrence d'ordre psychique), l'office AI a reconnu le droit de l'intéressée à une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} avril 2011.

b) En date du 14 juin 2012, l'assurée a fait parvenir ses observations à l'office AI. Elle estimait qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport du Dr F._____ retenant une incapacité de travail totale depuis 2006, soit à l'annonce de son cancer. En conséquence, elle demandait à l'administration de revoir sa position et de lui reconnaître une incapacité de travail totale dès le 1^{er} février 2006.

Dans un avis médical du 7 août 2012, le Dr W._____ a considéré qu'en l'absence d'élément médical nouveau, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la position exprimée dans les avis SMR du 7 juin 2011 et du 24 février 2012.

Par décision du 10 septembre 2012, l'office AI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2012, une décision subséquente du 22 octobre 2012 lui reconnaissant la même prestation pour la période du 1^{er} avril 2011 au 30 septembre 2012.

D. Par acte du 12 octobre 2012, M._____ a recouru contre la décision du 10 septembre 2012 en concluant, avec suite de frais et

dépens, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007. Elle soutient en substance que le rapport du Dr F. _____, de même que l'ensemble des rapports médicaux antérieurs et concomitants à l'expertise B. _____, établissent une atteinte psychiatrique invalidante dès l'annonce du début du cancer du sein au mois de février 2006. Il en est résulté une incapacité de travail totale, existant déjà au stade de la demande de prestations AI déposée au mois d'avril 2006, de sorte que l'art. 29bis du règlement sur l'assurance-invalidité ne trouve pas application. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidé, la recourante considère que, dans l'hypothèse où une capacité de travail devait être admise, il conviendrait de retenir une diminution de rendement en sus de l'abattement de 10% admis par l'administration pour les limitations fonctionnelles somatiques.

Dans sa réponse du 27 novembre 2012, l'intimé a proposé le rejet du recours, la recourante ayant, le 7 janvier 2013, renoncé à se déterminer, faute d'élément nouveau contenu dans cette écriture.

E. D'entente entre les parties, le magistrat instructeur a confié au Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de la recourante. Daté du 7 juin 2013, le rapport de l'expert contient un résumé de la situation ayant justifié l'expertise (pp. 2-3), une anamnèse circonstanciée comprenant notamment une description de la situation personnelle de l'assurée, ses antécédents médicaux et le compte-rendu des entretiens de l'expert avec les Drs P. _____ et C. _____ (pp. 4-12), les diagnostics retenus, suivis d'une discussion et des réponses aux questions posées par les parties (pp. 13-22). Pour la période du 16 février 2006 au 31 mars 2010, l'expert a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen (F 32.1). Sous l'intitulé « discussion », il a fait les observations suivantes :

2010 **« Diagnostic pour la période du 16 février 2006 au 31 mars**

Il apparaît clairement, comme l'ont montré les différents rapports et courriers des médecins qui ont examiné l'expertisée et comme elle

le décrit elle-même, qu'elle a souffert de façon continue, avec de probables fluctuations, de troubles anxio-dépressifs durant la période incriminée. Cependant, ces troubles et leurs répercussions ont été appréciés de façon variable par ces différents médecins.

L'expertisée elle-même fait une description de son état durant cette période qui comprend un repli psycho-social, des angoisses de mort, un sentiment de culpabilité, une atteinte à l'estime de soi, une difficulté à agir et une altération de ses capacités de concentration. Elle considère que cet état était particulièrement prononcé de 2007 à 2010.

Le Dr Q. _____ a décrit sa patiente comme dépressive, sans plus de précision, mais il a estimé son état suffisamment inquiétant pour l'adresser au Centre de consultation psychiatrique du Centre Z. _____ à U. _____ où elle a été prise en charge par un psychiatre. Les Drs T. _____ et N. _____ évoquent, en août 2007, un état de fatigue, avec troubles de la concentration et trouble anxieux. En novembre 2008, les Drs V. _____ et S. _____ décrivent un ralentissement, une thymie triste, des pleurs, l'absence d'idées de suicide, une anxiété sévère, de l'apathie, de l'anhédonie et de la fatigue physique et psychique. Ils signalent des difficultés d'endormissement et l'absence de signes de psychose. Ils décrivent également des ruminations au sujet de la maladie et de la difficulté à organiser la vie quotidienne. Le rapport médical d'avril 2009 de la Dresse X. _____ évoque un tableau similaire avec en sus la notion de culpabilité et d'idées hypocondriaques. Sur la base de ses différents rapports et de son observation, la Dresse B. _____ avait diagnostiqué, dans son rapport de juillet 2009, un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive. En août 2009, le Dr P. _____ évoque des troubles de la personnalité et un comportement alimentaire, avec obésité morbide. Dans son rapport de septembre 2009, la Dresse C. _____ décrit une symptomatologie de repli psychosocial, trouble anxieux, troubles du sommeil, céphalées, vertiges, culpabilité, perte d'intérêt, troubles de la concentration, idées de mort. Lors de la deuxième expertise rendue par le Dr F. _____ en juin 2010 (soit trois mois après le 31 mars 2010), les diagnostics sont ceux d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée.

De l'ensemble de ces descriptions, on peut relever que l'expertisée est décrite de façon régulière comme présentant de la fatigue et un abaissement de l'humeur qui sont deux des trois principaux symptômes de la dépression. Il est également évoqué une diminution de la concentration, une atteinte de l'estime de soi, des idées de culpabilité, des craintes et un pessimisme vis-à-vis de l'avenir et une perturbation du sommeil. Sont donc régulièrement décrits cinq symptômes secondaires à la dépression. Il apparaît donc clairement que l'expertisée remplissait, durant cette période, les critères d'un épisode dépressif moyen.

Ces symptômes ont persisté de façon permanente, quoiqu'avec des fluctuations, durant toute la période de février 2006 à mars 2010. Au regard de la durée des troubles et de leur intensité, il faut donc écarter le diagnostic de trouble de l'adaptation évoqué par la Dresse B. _____ dans son expertise et retenir celui d'épisode dépressif moyen.

Concernant le diagnostic d'anxiété généralisée évoqué par le Dr F._____, il faut noter qu'il n'est habituellement pas considéré comme pertinent de l'évoquer, alors même que le diagnostic d'épisode dépressif est présent. Une exception pourrait être l'existence d'un trouble anxieux généralisé antérieur à l'épisode dépressif et qui se poursuivrait durant celui-ci. Or, dans le cas de l'expertisée, rien ne permet de poser un tel diagnostic de trouble anxieux généralisé avant la découverte de la pathologie somatique. Il n'y a donc pas lieu de retenir le diagnostic d'anxiété généralisée. Les troubles anxieux présentés par Madame M._____ durant la période incriminée relèvent eux-mêmes du diagnostic d'épisode dépressif.

Capacité de travail pour la période du 16 février 2006 au 31 mars 2010

Il est reconnu, dans le cadre de la classification internationale des maladies de l'OMS, qu'un épisode dépressif moyen « s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères ». Dans le cas particulier de l'expertisée, il faut constater que les symptômes décrits par les différents médecins qui ont examiné l'expertisée durant cette période, étaient effectivement de nature à altérer la capacité à avoir des activités professionnelles ou ménagères. En particulier, les troubles cognitifs (troubles de la concentration, ralentissement), les troubles anxieux, l'altération de la motivation, la sensation de fatigue et les difficultés relationnelles en rapport avec le repli psychosocial, entraînaient une incapacité totale à avoir une activité professionnelle.

Ces troubles entraînaient également une diminution des capacités à avoir une activité ménagère. Cependant, il est à noter que l'expertisée reconnaît avoir conservé une certaine capacité à faire son ménage quoiqu'elle devait se reposer fréquemment. L'enquête ménagère d'octobre 2007 avait montré que l'expertisée s'occupait partiellement des repas et faisait son ménage et ses courses, avec toutefois l'aide de sa famille. L'anamnèse révèle également que, durant cette période, elle a fait plusieurs fois des voyages à l'étranger, à buts familiaux ou touristiques. Dans l'ensemble de ses activités, l'expertisée s'organisait de façon à les mener à bien en adaptant son activité à ses troubles et en se faisant aider, si besoin, par son entourage.

Il n'est matériellement pas possible de décrire la capacité de travail dans les activités ménagères de l'expertisée à chaque instant de la période de février 2006 à mars 2010, mais l'on peut globalement considérer, selon ses dires, les constatations des médecins et les éléments cités ci-dessus, que son rendement était diminué de moitié. Son activité ménagère, possiblement étalée sur différentes périodes de la journée, pouvait être exercée à 100%. En raison du rendement de 50%, la capacité de travail dans l'activité ménagère (taux x rendement) était de 50%.

Interactions médicamenteuses

L'expertisée a bénéficié à partir de 2007 d'un traitement anticancéreux régulier de Tamoxifène. Elle a par ailleurs reçu des prescriptions de médicaments antidépresseurs sous forme de Cipralex (Escitalopram) jusqu'en 2009 puis de Seropram (Citalopram) dans les années suivantes.

Le Tamoxifène est, entre autres, un inhibiteur du cytochrome CYP2D6. Or l'Escitalopram et le Citalopram sont tous deux métabolisés, entre autres, par le cytochrome CYP2D6. La prescription concomitante du Tamoxifène et de ces antidépresseurs a donc des interactions sur le plan métabolique, dans le sens d'une augmentation du taux sérique des substances. Cependant, l'expression biologique et clinique de ces interactions est très variable, selon les sujets. Elle ne peut pas être connue pour une période passée, surtout en l'absence de dosages biologiques pour la période en question. »

Répondant aux questions des parties, l'expert a indiqué que le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1) avait affecté la capacité de travail de la recourante à compter du mois de février 2006. Si l'état de santé psychique de cette dernière a été stationnaire avec de légères fluctuations entre le 16 février 2006 et le 31 mars 2010, sa capacité de travail durant cette période était restée nulle dans toute activité. En revanche, l'expert a estimé que l'assurée demeurait capable d'effectuer ses tâches ménagères au taux de 50%. Il a pour le surplus considéré que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas envisageables et que la capacité de travail n'aurait pas pu être améliorée au cours de cette période.

Les parties se sont déterminées.

Le 2 juillet 2013, la recourante a relevé que, dans son rapport, l'expert G. _____ avait confirmé à plusieurs reprises son incapacité totale de travail dans toute activité. Se ralliant au point de vue de l'expert, elle a maintenu les conclusions prises dans son recours du 12 octobre 2012.

Pour sa part, l'office intimé a joint à sa lettre du 9 juillet 2013 un avis du SMR du 20 juin 2013, que le Dr W. _____ concluait en écrivant que la question était de savoir s'il fallait accorder plus de crédit à l'observation immédiate réalisée par la Dresse B. _____ ou à l'évaluation rétrospective sur dossier effectuée par le Dr G. _____.

F. Le 12 février 2014, le magistrat instructeur a informé la recourante qu'un arrêt serait rendu dans le courant du premier semestre 2014.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; 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 et 58 LPGA, 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les

conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 al. 1 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 qu'il peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 la 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 (TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'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 dûment 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 125 V 351 consid. 3a p. 352 et les références ; TF 9C_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

4. En l'occurrence, la recourante réclame l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007. S'appuyant sur divers avis médicaux, elle se prévaut d'une incapacité totale de travail, consécutive aux troubles psychiques induits par l'apparition d'un cancer du sein diagnostiqué au début de l'année 2006 et opéré le 16 février de cette année-là. Elle fait dès lors siennes les conclusions de l'expert judiciaire G._____, fixant au 16 février 2006 le début d'une incapacité totale de travail pour des motifs psychiques.

De son côté, l'office AI admet une incapacité totale de travail sur le plan psychique à compter du mois d'avril 2010. Il estime en revanche que, jusqu'à cette date, la capacité de travail de la recourante est entière, sous réserve d'une incapacité de travail totale dans toute activité du 16 février 2006 au 17 avril 2007 (date du début de l'aptitude à la réadaptation selon le Dr T._____), en raison de l'atteinte oncologique. En ce qui concerne l'atteinte à la santé psychique, l'intimé relève que le Dr G._____ ne pouvait se déterminer qu'en se référant aux rapports médicaux versés au dossier et au ressenti subjectif de l'assurée.

a) Par définition, l'expertise peut porter sur l'examen de l'état de santé physique et psychique antérieur de l'assuré. En matière d'atteinte à la santé psychique, l'expert dispose des informations résultant de la description de son état de santé psychique par l'expertisée, description pouvant certes refléter une part de subjectivité. Cependant, dans le cas d'espèce, ces informations peuvent être confrontées aux observations cliniques faites par les médecins traitants, plus particulièrement par les médecins psychiatres de la recourante et, pour ces spécialistes, de façon régulière et autorisée depuis janvier 2007. S'agissant d'observations et non d'appréciations, la réserve d'usage à l'égard des rapports de médecins traitants ne s'impose pas autant. Un état dépressif a au demeurant été évoqué dans le rapport d'enquête ménagère, antérieur lui aussi à avril 2010. Même s'il ne s'agit pas d'un avis médical, il entérine les observations cliniques qu'ont pu faire les médecins traitants de la recourante à la même époque. Le ressenti

exprimé par l'assurée devant l'expert G._____ concorde, ou plutôt n'entre pas en contradiction, avec les observations des médecins psychiatres traitants. L'expert B._____ ne conteste au demeurant pas les diagnostics posés par ces médecins. Les symptômes fondant le diagnostic d'épisode dépressif moyen ont persisté de façon permanente quoiqu'avec des fluctuations durant la période de février 2006 à mars 2010 (cf. rapport d'expertise du Dr G._____, p. 14). Ces fluctuations peuvent expliquer que la recourante se soit présentée « sous un jour meilleur » à l'occasion de son examen clinique par la Dresse B._____. Cette dernière relève en effet que « sur le plan des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité est calme sans être ralentie : la thymie est essentiellement morose mais l'assurée sourit volontiers en abordant des propos plaisants. L'appétit est perçu comme correct avec une tendance à la prise pondérale. (...) Il n'y a pas de trouble de l'attention ni de la concentration. La perception de l'avenir est bien construite pour les autres, mais l'assurée peine à envisager des projets pour elle. L'image de soi est perçue comme normale actuellement. Il n'y a pas d'anhédonie et une aboulie est légère. Il n'y a pas de sentiment de culpabilité mais l'assurée se sent faible. Il n'y a pas d'idéation suicidaire ni de signe de fatigabilité. »

L'expert B._____ retient le diagnostic F 43.22 selon la classification CIM-10, soit celui de troubles de l'adaptation / réaction mixte anxieuse et dépressive. Ce trouble est cependant présumé durer six mois selon cette nomenclature. Or, l'expert B._____ confirme les diagnostics d'anxiété posés par ses confrères psychiatres V._____ et X._____ sans expliquer pourquoi elle pose le diagnostic F 43.22 en présence d'une pathologie psychique attestée depuis le mois de janvier 2007. Il ne saurait donc entrer en ligne de compte pour l'appréciation de la capacité de travail.

b) Une pleine incapacité de travail est admise par l'intimé depuis le mois d'avril 2010. Les symptômes relevés en avril 2010 par le Dr F._____ ne diffèrent guère des symptômes antérieurs tels que décrits dans le rapport d'expertise du Dr G._____. Il s'agit pour l'essentiel de

troubles cognitifs (troubles de la concentration, ralentissement), de troubles anxieux, d'altération de la motivation, de sensation de fatigue et de difficultés relationnelles en rapport avec le repli psychosocial. Sous réserve de fluctuations, ils sont permanents depuis février 2006. On doit donc admettre une incapacité totale de travail ininterrompue depuis février 2006 en raison de l'atteinte psychique. Quant aux fluctuations précitées, rien ne permet de soutenir qu'elles auraient pu consister en amélioration de l'état de santé psychique d'une durée de plus de trois mois. D'ailleurs, dans une telle hypothèse, le diagnostic aurait été autre, soit celui de trouble dépressif récurrent. Au demeurant, pour retenir une application de l'art. 88a RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), encore faudrait-il qu'aucune complication n'ait été à craindre, ce qui n'est pas le cas au vu du rapport de la Dresse C. _____ du 8 septembre 2011, qui doute d'une évolution favorable au regard des observations cliniques effectuées (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4 ; 131 V 164 consid. 2.3.3 ; 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

c) Des considérations qui précèdent, il résulte que la recourante présente une incapacité totale de travail dans toute activité à compter du mois de février 2006. Le statut d'active à 100% de la recourante étant admis, point n'est besoin de tenir compte des empêchements ménagers.

d) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2007. Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de discuter les griefs de la recourante sur la détermination du salaire d'invalidé, singulièrement de la diminution du taux de rendement et du taux d'abattement.

5. 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 devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais

est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante obtenant gain de cause avec l'assistance d'une mandataire professionnelle, elle a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 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 2012 / 22 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2007.
- III. Les frais judiciaires, par 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 la recourante une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Muriel Vautier, avocate (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :