

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juin 2017

Composition : Mme D E S S A U X, présidente
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

G._____, à **T.**_____, recourante, représentée par Me Laurent Damond,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 9 Cst. ; 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise entrée en Suisse en mars 1989, G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, mariée et mère de deux filles adultes, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, elle a œuvré en dernier lieu, soit depuis le 10 septembre 1999, en qualité de caissière au service de la Société N._____ à raison de trente heures hebdomadaires pour un salaire annuel de 36'452 fr. au 1^{er} janvier 2012, ce qui représente, au vu de l'horaire habituel de 41 heures, un taux d'activité de 73,17%.

Ensuite d'une procédure de détection précoce engagée consécutivement à une incapacité de travail totale ayant débuté le 25 mai 2012 en raison d'une tumeur au sein droit, l'assurée a déposé, en date du 14 septembre 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Dans un rapport du 8 octobre 2012, la Dresse B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail d'état dépressif latent. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a retenu un carcinome canalaire invasif mammaire pT1c No avec status post tumorectomie et radiothérapie, un status post arthroscopie de l'épaule droite en octobre 2011, une perturbation des tests hépatiques sur stéatose hépatique non alcoolique, un syndrome d'apnée du sommeil appareillé et une obésité (BMI : 36 kg/m²).

Le 22 mai 2013, la Dresse L._____, spécialiste en médecine interne générale, en gastroentérologie et en hépatologie, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI dans lequel elle a posé le diagnostic de cirrhose Child Pugh A sur stéato-hépatite non alcoolique, existant depuis 2011. Sur le plan hépatologique, elle a considéré que

l'exigibilité était de 70% au minimum, avec la précision que l'incapacité de travail devait probablement être surtout liée aux autres problèmes physiques présentés par l'assurée, de même qu'à son état dépressif réactionnel.

Spécialiste en oncologie médicale, le Dr W. _____ a adressé son rapport médical sur formule ad hoc à l'office AI en date du 22 juillet 2013. Outre les diagnostics somatiques mentionnés par le médecin traitant, il a encore retenu un syndrome métabolique avec obésité, hypertension et hypercholestérolémie, un diabète insulino-requérant, une surdité gauche ainsi qu'une claustrophobie. Retraçant brièvement l'anamnèse, il a indiqué qu'après la découverte d'un carcinome mammaire, sa patiente avait bénéficié d'une tumorectomie avec excision de ganglion sentinelle, suivie d'une radiothérapie adjuvante. En août 2012 débuta une hormonothérapie adjuvante, laquelle fut interrompue au mois de mars 2013 en raison d'un surcroît de fatigue et de troubles digestifs. Néanmoins, l'indication à une autre hormonothérapie devait être rediscutée dans un proche avenir afin d'encourager l'intéressée à poursuivre un traitement oncologique. Le Dr W. _____ a enfin considéré que l'activité de caissière n'était pas exigible. En plus des problèmes algiques à l'épaule droite, il a mentionné que l'incapacité était surtout due aux autres comorbidités telles qu'un diabète décompensé, une obésité, des apnées du sommeil et des douleurs articulaires chroniques. Du point de vue oncologique, la reprise d'une activité autre que celle de caissière était envisageable sous réserve d'une adaptation en ce qui concernait les mouvements du bras. Les autres comorbidités pouvaient en revanche altérer de manière plus sensible la capacité de travail globale en raison de la fatigue et des problèmes de mobilité qu'elles induisaient. Sans se prononcer sur l'exigibilité dans une activité adaptée, le Dr W. _____ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise globale au vu de la complexité de la situation médicale de l'assurée.

Le 29 août 2013, l'assureur perte de gain en cas de maladie a fait parvenir une liasse de pièces médicales à l'office AI, dont un rapport du 16 avril 2013 du Dr W. _____ au Dr S. _____, spécialiste en

gynécologie/obstétrique ainsi qu'un rapport du Dr F._____, spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, du 6 juin 2013 à la Dresse B._____.

Le 25 mars 2014, le Dr W._____ a répondu en ces termes aux questions posés par l'office AI :

« **1. Quelle est l'évolution depuis juillet 2013 ?**

J'ai vu la dernière fois la patiente le 23 octobre 2013. Du point de vue oncologique, elle n'a actuellement pas de traitement spécifique, mais bénéficie d'une simple surveillance actuellement aux 6 mois. Elle présente des douleurs dans la région axillaire et mammaire droits opérée.

2. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle ? dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ?

Comme signalé dans mon précédent rapport, l'incapacité de travail de Mme G._____ est multifactorielle et il est donc difficile de l'estimer que par la situation oncologique. Effectivement si son activité professionnelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles du membre supérieur droit, elle pourrait reprendre son activité pour autant que ses autres comorbidités le permettent. »

En date du 6 juin 2014, le Dr Q._____, médecin adjoint au service de gastro-entérologie et d'hépatologie de l'Hôpital D._____, a répondu comme suit aux questions posées par l'office AI :

« **1. Quelle est l'évolution depuis mai 2013 ?**

L'évolution depuis mai 2013 est d'un point de vue hépatique sans aucune particularité.

2. Quelles sont les limitations fonctionnelles pérennes ?

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle d'un point de vue hépatique.

3. Quelle est l'évolution de la capacité de travail dans l'activité habituelle ? dans une activité adaptée ?

Il n'y a pas d'impact de la maladie du foie sur l'évolution de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. »

Dans un courrier à l'office AI du 20 août 2014, le Dr W._____ a indiqué que l'assurée ne bénéficiait alors d'aucun traitement oncologique, si bien que sa fatigue ne pouvait être attribuée à son cancer, ce d'autant plus que celui-ci paraissait en rémission. La seule limitation en rapport avec sa maladie consistait en sa chirurgie mammaire et axillaire

droite entraînant des troubles de la mobilité accompagnés de douleurs sporadiques. Dans une activité adaptée épargnant son membre supérieur droit, le Dr W._____ ne voyait aucune limitation en relation avec la pathologie oncologique.

En réponse à une demande de l'office AI, le Dr W._____ a indiqué le 8 septembre 2014 qu'il considérait, au seul plan oncologique, la capacité de travail comme entière dans une activité adaptée épargnant le membre supérieur droit dès le mois d'avril 2013.

Se prononçant sur les éléments médicaux recueillis dans un avis médical du 22 octobre 2014, le Dr H._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a plus particulièrement relevé qu'en l'absence d'éléments psychiatriques au dossier et dans la mesure où un état dépressif réactionnel ne devrait pas dépasser six mois, il convenait de diligenter une expertise psychiatrique afin de « déterminer le diagnostic psychique, estimer la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations somatiques (usage intensif du bras droit), depuis quelle date et avec quelles limitations psychiques le cas échéant. »

D'une note d'entretien téléphonique du 17 novembre 2015 entre une collaboratrice de l'office AI et l'assurée, il ressort que celle-ci a informé l'administration avoir subi une intervention chirurgicale pour reconstruction du pied droit ensuite d'un hallux valgus.

Chargé par l'office AI le 1^{er} décembre 2015 de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 1^{er} mars 2016. S'ouvrant par un rappel des circonstances ayant présidé à la réalisation de l'expertise, le rapport contient un bref résumé du dossier administratif, relate l'évolution des atteintes à la santé présentées par l'assurée, rend compte des plaintes exprimées par cette dernière, évoque de manière succincte des éléments biographiques et anamnestiques de l'intéressée avant de rapporter le résultat des constatations psychopathologiques effectuées par l'expert. Celui-ci a posé pour seul

diagnostic celui de « trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) » qu'il a justifié en ces termes :

« Ce qui est frappant dans le cas de Mme G. _____ c'est l'absence de tout diagnostic psychiatrique jusqu'en 2014. Dans son premier rapport du 8 octobre 2012, Mme le Dr B. _____ ne mentionne aucun diagnostic psychiatrique, ne fait état d'aucun symptôme psychique mais indique une médication d'Efexor à 75 mg/j.

Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère posé par Mme le Dr P. _____ dans son rapport du 25 septembre 2015 ne peut pas être retenu. D'une part, ce rapport ne justifie le terme de récurrent par l'énumération d'épisodes de dépression et de rémission qui seule pourrait justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent. D'autre part, la symptomatologie dépressive n'est pas décrite clairement et aucun élément objectif n'est indiqué.

La symptomatologie à proprement parler psychiatrique que présente Mme G. _____ est pauvre, voire inexistante. Mme G. _____ se plaint principalement de douleurs qu'elle estime handicapantes. Elle se plaint de ne pas avoir le moral, mais elle n'est pas fatigable (elle a supporté un entretien d'une durée de trois heures sans signe de fatigue ou de somnolence), elle n'est pas ralentie (ni physiquement ni psychiquement). Elle ne présente pas des angoisses massives ni de phobie. Le seul diagnostic que je puisse retenir est celui de trouble mixte anxieux et dépressif. La CIM-10 indique que « les sujets présentant cette association de symptômes relativement mineurs sont fréquemment rencontrés dans le cadre des soins de santé primaire. Cependant un plus grand nombre encore d'entre eux existent dans la population générale qui ne consultent jamais que cela soit en médecine générale ou en psychiatrie. »

Mme G. _____ ne présente pas de phobie ni d'anxiété spécifique. J'exclus donc les diagnostics de phobie et de trouble anxieux.

Mme G. _____ ne présente pas de comportement compulsif ni de pensées obsédantes. J'exclus donc les diagnostics de trouble obsessionnel-compulsif.

Mme G. _____ ne présente pas de théâtralité ni la « belle indifférence » typique des troubles de conversion. J'exclus donc les diagnostics de trouble dissociatif ou de conversion.

Mme G. _____ ne présente pas de trouble de l'adaptation. Elle n'a pas vécu d'événement stressant au cours des derniers mois. J'exclus donc tous les diagnostics de trouble de l'adaptation, y compris celui d'état de stress post-traumatique.

Mme G. _____ ne présente pas de trouble de la mémoire manifeste. J'exclus les diagnostics de trouble cérébral dégénératif de type maladie d'Alzheimer.

Mme G. _____ ne présente aucune dépendance à quelle substance que ce soit. J'exclus donc l'ensemble des diagnostics des maladies de la dépendance.

Mme G._____ ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations ou idées délirantes ni négative tel qu'apragmatisme ou perplexité. J'exclus donc tous les diagnostics de trouble psychotique tel que schizophrénie, trouble schizotypique, trouble délirant, trouble schizo-affectif et trouble bipolaire.

Mme G._____ se plaint de douleurs qui n'ont pas de substrat anatomo-pathologique très clair. J'estime néanmoins que l'on ne peut pas retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant car les douleurs ne sont pas au premier plan et qu'actuellement elles sont encore localisées en des zones restreintes liées à des interventions chirurgicales. Mais il y a vraisemblablement une amplification des douleurs. »

Sous l'intitulé « appréciation du cas et pronostic », l'expert s'est exprimé de la manière suivante :

« Mme G._____ présente des traits de personnalité de type névrosisme (dans la nomenclature de la personnalité des Big Five) avec une manière de tout voir négativement et d'avoir toujours des appréhensions de l'avenir. Mais ces traits de personnalité ne représentent pas un trouble de la personnalité. En effet, cette structure de personnalité n'a pas empêché Mme G._____ d'émigrer une première fois au Brésil puis d'en revenir puis d'émigrer une seconde fois en Suisse. Elle a pu travailler pendant de nombreuses années sans difficulté particulière.

Depuis qu'elle a été opérée du cancer du sein, Mme G._____ n'a plus été à même de reprendre une activité professionnelle. Mais il est évident à la lecture du dossier qu'elle n'a pas présenté d'épisode dépressif à la suite de la découverte puis de l'opération de ce cancer. Elle a immédiatement fait des associations avec sa sœur et son père et a imaginé un scénario sombre. Mais cette manière de réagir aux événements de la vie n'est pas pathologique en soi et ne peut pas être considérée comme une maladie. A aucun moment depuis la découverte du cancer du sein puis du syndrome métabolique et de la cirrhose hépatique, Mme G._____ n'a présenté de décompensation sur un mode dépressif.

Mme G._____ a toujours vécu avec des scénarios tristes. Il est frappant de constater dans l'anamnèse que lorsque je parle de sa naissance et de ses parents, Mme G._____ ne peut évoquer sa mère que morte, alors que sa mère est décédée lorsqu'elle avait vingt-trois ans. Elle pourrait donc évoquer des souvenirs heureux de sa mère mais sa personnalité est telle qu'elle ne peut renvoyer qu'une image noire.

Mme G._____ s'est dessinée un avenir sombre. Elle est convaincue qu'elle ne peut plus travailler, qu'elle risque de mourir comme son père ou comme sa mère. Depuis la découverte de la cirrhose hépatique et du diabète, Mme G._____ n'a quasiment pas modifié son hygiène de vie : elle n'a pas maigri, elle consomme toujours de l'alcool, elle ne fait pas d'exercice. Néanmoins la médication actuelle

permet la stabilisation de l'état de santé d'un strict point de vue somatique et des indicateurs biologiques. Du point de vue strictement objectif des indicateurs biologiques l'état de santé de Mme G. _____ doit être considéré comme satisfaisant et stabilisé.

Du point de vue psychologique, Mme G. _____ montre qu'elle ne peut pas changer de comportement ni modifier ses traits de personnalité. Elle est ancrée dans une vision pessimiste d'elle-même et de son avenir.

Du point de vue psychiatrique, Mme G. _____ présente un trouble anxieux et dépressif mixte qui est l'expression de sa personnalité.

Mme G. _____ m'a dit que les médecins évoquaient la possibilité d'une chirurgie bariatrique. Mais une telle intervention n'aura aucune répercussion sur l'état de santé psychique de Mme G. _____ et ne l'aidera pas à recouvrer l'idée qu'elle pourrait retravailler.

En ce qui concerne le traitement psychiatrique, j'estime que ce traitement ne changera pas les représentations mentales de Mme G. _____. Ces représentations ne sont pas de l'ordre de la maladie et leur « traitement » sort du champ médical.

Le pronostic est très favorable en terme d'état de santé somatique aussi bien que psychique même si Mme G. _____ est convaincue du contraire. »

S'agissant de l'exigibilité, le Dr Z. _____ a considéré que, du strict point de vue psychiatrique, les troubles psychiques présentés par l'assurée ne limitaient pas sa capacité de travail et qu'elle était ainsi à même d'exercer son activité antérieure sans restriction, ce qui ôtait toute justification à d'éventuelles mesures de réadaptation.

A son rapport, le Dr Z. _____ a joint un rapport médical du 4 décembre 2014 du Dr J. _____, médecin associé au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil de l'Hôpital D. _____ ainsi qu'un compte-rendu du 30 avril 2015 d'une polysomnographie dans lequel le médecin prénommé concluait à une « forte discordance entre la somnolence subjective rapportée par la patiente (...) et la somnolence objective », qu'il attribuait à une « fatigue, voire à une anhédonie, dans le cadre d'un trouble de l'humeur. »

Le 19 avril 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui dénier le droit à une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

« Le 14 septembre 2012, vous avez déposé une demande de prestations AI.

Employée comme caissière auprès de la Société N._____, vous avez cessé votre activité professionnelle le 25 mai 2012 pour raisons de santé (cancer du sein).

Après analyse médicale de votre situation sur le plan somatique, votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle de caissière. Par contre, dans une activité adaptée (travail qui évite des sollicitations importantes du membre supérieur droit, fatigabilité), vous conservez une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} avril 2013.

En outre, il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, selon l'expert. Vous êtes à même de travailler dans toute activité conforme aux limitations fonctionnelles ci-dessus.

Il convient donc d'évaluer la perte de gain découlant de votre atteinte.

(...)

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2013 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a), CHF 4'140.- par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2013, TA 1, niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2013 (41,7 heures, La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'315.95 (CHF 4'140.- x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'791.40.

(...)

Compte tenu des limitations fonctionnelles, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 33'017.02. Ce montant doit être comparé au revenu annuel brut que vous auriez réalisé comme caissière sans atteinte à la santé, soit CHF 36'707.15.

(...)

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	36'707.-	
avec invalidité	CHF	33'017.-	
La perte de gain s'élève à	CHF	3'690.-	= un degré
d'invalidité de 10%			

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

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »

Dans une lettre du 28 avril 2016, l'assurée a contesté les conclusions de ce projet en faisant valoir que son état de santé physique et psychique excluait l'exercice de toute activité professionnelle.

Par avis du 3 mai 2016, l'office AI a fixé à l'assurée un délai au 30 mai 2016 pour lui faire parvenir les pièces médicales qu'elle entendait verser à l'appui de ses objections.

Dans un rapport daté du 3 mai 2016 indexé au 10 mai suivant, la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en évoquant brièvement la symptomatologie qui lui était associée.

Le 18 mai 2016, la Dresse B._____ a fait savoir à l'office AI que la multitude de limitations physiques et psychiques présentées par sa patiente était inconciliable avec une réinsertion professionnelle.

Se prononçant sur les documents médicaux transmis par l'assurée à l'appui de ses allégations, le Dr H._____ a indiqué dans un avis médical du 25 mai 2016 qu'ils ne contenaient aucun élément objectif susceptible de modifier son appréciation en termes d'exigibilité.

Dans un courrier du 28 mai 2016, l'assurée a demandé à l'office AI d'adresser un questionnaire médical à la Dresse V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expliquant qu'il s'agissait de la praticienne l'ayant opérée du pied droit et qu'elle s'était déclarée prête à compléter un rapport médical à l'attention de l'administration.

Par décision du 31 mai 2016, l'office AI a entériné son refus d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité, avec une motivation identique à celle de son préavis du 19 avril précédent. Dans une lettre

d'accompagnement du même jour, il prenait position sur les griefs formulés par l'assurée.

Le 3 juin 2016, l'office AI a fait savoir à l'assurée que la Dresse V._____ aurait dû lui faire parvenir un rapport dans le délai fixé au 30 mai 2016 si elle entendait apporter de nouveaux éléments aux objections soulevées.

B. Par acte du 29 juin 2016, G._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 31 mai précédent. Se prévalant de ses atteintes à la santé physique et psychique, elle fait valoir qu'elle n'est pas en mesure d'exercer une activité professionnelle au vu des limitations qui sont désormais les siennes.

Dans sa réponse du 12 septembre 2016, l'office AI propose le rejet du recours en renvoyant à l'analyse de la situation médicale faite par le SMR en procédure d'audition.

En réplique du 23 décembre 2016, la recourante produit deux rapports médicaux dont celui du 3 mai 2016 de la Dresse P._____ auquel était joint un rapport du 5 décembre 2016 de la Dresse B._____, à la teneur identique à celui du 18 mai 2016, à l'exception de la présence de gonalgies gauches invalidantes de caractère mécanique, pour lesquelles une prise en charge spécialisée avec infiltrations était envisagée. Réaffirmant que l'ensemble de ces pathologies fait obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle, elle demande la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue d'analyser son état de santé et, partant, déterminer une éventuelle capacité résiduelle de travail. Sur le fond, elle conclut à la réforme de la décision attaquée, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Dupliquant en date du 19 janvier 2017, l'intimé relève qu'hormis les gonalgies apparues entre le 18 mai et le 5 décembre 2016, les éléments invoqués sont superposables à ceux développées durant la

procédure administrative. Renvoyant à l'analyse effectuée par le SMR, il observe par ailleurs que la question de l'aspect durablement invalidant du genou peut rester ouverte dans le cadre de la procédure judiciaire, dans la mesure où à la date de la décision attaquée du 31 mai 2016, cette atteinte ne pouvait pas avoir une éventuelle incidence sur le degré d'invalidité. Partant, il propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

Cette écriture a été transmise pour information à la partie recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

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 loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [RS 831.20]). 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 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 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. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assurée présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir, suivant la conclusion prise en réplique, le droit à une rente entière d'invalidité.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 29 LAI, 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^e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

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. 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 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 3c et 105 V 156 consid. 1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ;TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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, 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 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des

déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1 ; 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1 ; 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

4. Se prévalant des atteintes à la santé qu'elle présente sur les plans somatique et psychique, la requérante conteste la capacité de travail entière qui lui a été reconnue par l'office intimé. Trancher le litige revient donc à se demander si et, le cas échéant, dans quelle mesure les pathologies invoquées font obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle.

a) S'agissant de la cirrhose, la Dresse L._____ mentionne dans son rapport du 22 mai 2013 à l'office AI que cette affection peut être responsable d'une fatigabilité augmentée pouvant induire une diminution de 30% de la capacité de travail. Elle évoque une incapacité de travail liée aux autres problèmes physiques ainsi qu'à l'état dépressif réactionnel (faisant probablement référence à celui attesté par la Dresse B._____ le 8 octobre 2012) et relève qu'il n'y a pas d'interruption de l'activité professionnelle donnée sur le plan hépatologique. Dans ses réponses du 6 juin 2014, le Dr Q._____ constate qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle du point de vue hépatique. Pour lui, il n'y a donc pas de fatigabilité. De plus, la réponse du Dr Q._____ quant à la capacité de travail est ambiguë, en ce sens qu'il n'y aurait à ses yeux pas d'impact de la maladie du foie sur l'évolution de l'*incapacité* de travail dans l'activité habituelle.

b) Pour ce qui est du cancer, le Dr W._____ explique dans son rapport du 22 juillet 2013 que l'hormonothérapie adjuvante initiée en août 2012 a été interrompue en mars 2013 en raison de la fatigue qu'elle induisait. Néanmoins, l'indication à une autre hormonothérapie devait être envisagée à brève échéance en vue d'encourager l'assurée à poursuivre

un traitement oncologique. En ce qui concerne la capacité de travail, le Dr W._____ estime que l'intéressée pourrait reprendre une activité professionnelle avec une adaptation en ce qui concerne les mouvements du bras, ce qui semblerait exclure l'activité de caissière. Quant aux autres comorbidités, elles lui paraissent être de nature à entraver de manière sensiblement plus importante la capacité de travail globale à cause de la fatigue et des problèmes de mobilité. En conclusion, le Dr W._____ qualifie la situation médicale de complexe en raison de l'enchevêtrement des multiples pathologies, d'où sa suggestion d'une expertise globale afin d'évaluer la capacité de travail de l'assurée, dite exigibilité n'étant pas uniquement dépendante de l'affection oncologique. Il précise dans son courrier du 20 août 2014 qu'en l'absence de traitement oncologique, la fatigue ne peut être attribuée au cancer et que sous l'angle strictement oncologique, il n'y a pas d'incapacité dans une activité adaptée. Le 8 septembre 2014, il fixe sans autre explication à avril 2013 la pleine capacité de travail dans une activité adaptée épargnant le membre supérieur droit. Cette date, qui se déduit des indications contenues dans ses rapports du 16 avril 2013 au Dr S._____ et du 22 juillet 2013 à l'office AI, correspond à l'arrêt de l'hormonothérapie.

c) En ce qui concerne le diabète, si dans son rapport du 6 juin 2013, le Dr F._____ relève l'absence de complication, on ne sait rien de la suite de l'évolution de cette affection.

d) Quant à l'hypersomnie et à la somnolence diurne, il ressort du compte-rendu de la polysomnographie du 30 avril 2015 qu'il existe une forte discordance entre la somnolence subjective rapportée par la patiente et la somnolence objective, telle qu'elle est mesurée par le test itératif de latence d'endormissement, ce qui traduirait une fatigue, voire éventuellement une anhédonie, dans le cadre d'un trouble de l'humeur. Cela étant, la fatigue post cancer doit être exclue à lire le courrier du Dr W._____ du 20 août 2014. Pourtant, le SMR dans son avis du 16 mars 2016 puis l'office AI dans son projet de décision du 19 avril 2016 ainsi que dans la décision dont est recours du 31 mai 2016 retiennent une fatigabilité à titre de limitation fonctionnelle mais sans diminution de

rendement et sans préciser quelle(s) affection(s) indui(sen)t cette fatigabilité. En outre, les rapports de la Dresse L._____ et du Dr Q._____ ne sont pas concordants dans la mesure où ce dernier exclut toute limitation fonctionnelle en lien avec la pathologie hépatique alors que sa consœur attribue à la cirrhose compensée une fatigabilité augmentée susceptible de réduire la capacité de travail de 30%. De son côté, à la date du 22 juillet 2013, soit à une date postérieure à celle qu'il fixe pour la pleine capacité de travail, le Dr W._____ évoque une situation complexe avec diverses comorbidités altérant la capacité de travail en raison notamment de la fatigue qui en découle, d'où la nécessité d'après lui d'une expertise globale. Pour sa part, dans son compte-rendu du 30 avril 2015, le Dr J._____ retient certes une fatigue mais sans déterminer précisément sa cause, ni son impact sur la capacité de travail. Enfin, le Dr Z._____ n'observe pas de signe de fatigue à la faveur de son examen qui aura duré trois heures (cf. rapport d'expertise du 1^{er} mars 2016, p. 9). En conclusion, les pièces au dossier ne permettent pas d'apprécier, outre sa cause, l'incidence de cette fatigue sur la capacité de travail de la recourante.

e) Au vu des développements qui précèdent, il appert que le dossier constitué par l'office AI procède d'une instruction lacunaire sur le plan médical.

5. Le caractère incomplet de l'instruction administrative résulte également d'un autre motif.

a) Ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi exige que l'administration et les administrés se comportent réciproquement de manière loyale. L'administration doit en particulier s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. A certaines conditions, le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la

confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence d'un simple comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime. Entre autres conditions, l'autorité doit être intervenue à l'égard du citoyen dans une situation concrète et celui-ci doit avoir pris, en se fondant sur les promesses ou le comportement de l'administration, des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir de préjudice (cf. ATF 129 II 361 consid. 7.1 ; TF 9C_115/2007 du 22 janvier 2008 consid. 4.2).

b) En l'espèce, l'office AI a violé le principe de la bonne foi entre administration et administré en rendant sa décision le 31 mai 2016 alors que dans son courrier du 28 mai 2016 à l'intimé reçu au domicile le 31 mai 2016, soit dans le délai imparti par avis du 3 mai précédent, la recourante écrivait que la Dresse V._____ sollicitait l'envoi du questionnaire ad hoc. Le principe de la bonne foi commandait soit de donner suite à la demande de la Dresse V._____, soit d'avertir la recourante qu'il lui appartenait de produire le rapport médical et de lui impartir un nouveau délai pour ce faire. En tant que rendue le 31 mai 2016, la décision était prématurée et l'instruction incomplète faute d'investigation sur la nouvelle affection (hallux valgus), laquelle était au domicile connue de l'intimé depuis novembre 2015 (cf. note d'entretien téléphonique du 17 novembre 2015).

6. a) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 3^e éd. n. 17-18 et 27 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle

instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 137 V 210 et 122 V 163 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. Aubert parue in SJ 1993 p. 560).

Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'office AI a statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan somatique. S'agissant en revanche du volet psychique, il convient d'admettre qu'en l'état l'expertise du Dr Z._____, au demeurant non contredite, répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. considérant 3b ci-dessus). Compte tenu des carences de l'instruction sur l'état de santé somatique, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances

sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé d'interpeller les médecins traitants de la recourante s'agissant des atteintes aux membres inférieurs et du diabète puis de mettre en œuvre une expertise pluri-disciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA (sur les modalités de mise en œuvre d'une expertise pluri-disciplinaire, cf. ATF 139 V 496 consid. 4.1 et les références citées), laquelle devra comprendre, sous réserve des résultats des investigations complémentaires préalables, les spécialités hépatologique, oncologique et rhumatologique, voire psychiatrique dans l'hypothèse d'une aggravation de l'état de santé psychique depuis décembre 2015. En fonction des conclusions des experts, l'office AI ne pourra faire l'économie d'une enquête ménagère, en retenant un taux d'activité ménagère de 26,83% dès lors que le taux en tant qu'active s'élève à 73,17% (cf. let. A dans la partie « En fait » ci-dessus). La question de savoir si la part consacrée aux tâches ménagères doit être arrondie à 27% souffre en l'état de demeurer indécise.

7. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de décision rendue par l'office AI le 31 mai 2016, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction puis nouvelle décision au sens des considérants.

8. Représentée par un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 49 al. 1 LPA-VD et 4 al. 2 TFJDA).

**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 31 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

- 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 G._____ une indemnité de 1'000 fr. (mille 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 Laurent Damond, avocat (pour G._____),
- 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 :