

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 octobre 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 ss et 43 LPGA ; 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité de sommelière auprès du restaurant K. \_\_\_\_\_ de 2009 au 31 mars 2012 à un taux de 10 %, ainsi qu'en tant que dégustatrice pour C. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, à 10 %.

L'assurée s'est vue diagnostiquer un carcinome canalaire du sein gauche en avril 2012. Elle a subi une tumorectomie le 10 mai 2012 et un curage ganglionnaire axillaire gauche le 23 mai 2012 à l'O. \_\_\_\_\_. Elle a par la suite suivi une chimiothérapie jusqu'au 24 août 2012, puis une radiothérapie qui s'est terminée le 12 octobre 2012, avant de débiter une hormonothérapie.

Le 5 novembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 21 novembre 2012, elle a complété un formulaire de l'OAI en indiquant que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à 20 % en tant que dégustatrice et sommelière.

Dans un rapport à l'OAI du 23 novembre 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique à l'O. \_\_\_\_\_, a expliqué que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle dès la fin des traitements oncologiques.

Dans un rapport du même jour à l'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_, oncologue traitant de l'assurée à l'O. \_\_\_\_\_, a relevé qu'elle se portait assez bien. Elle était femme au foyer, mais si elle avait exercé une activité professionnelle, un certificat d'incapacité totale de travail aurait été établi du 10 mai au 15 décembre 2012, puis en fonction de l'évolution clinique. Les limitations en rapport avec l'activité exercée étaient une asthénie et une fatigabilité rapide. Cette activité était toujours exigible et l'on pouvait

s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail.

Par avis médical du 22 janvier 2013, le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que les activités de serveuse et de dégustatrice n'étaient pas idéales, mais que dans le meilleur des cas, la reprise d'une telle activité, surtout si c'était dans un tea-room plutôt que dans la grande restauration, ne paraissait pas exclue à temps très partiel. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité, port de charges lourdes et mouvements soutenus et répétitifs avec le membre supérieur gauche, travail au-dessus de la hauteur des épaules. Il a estimé qu'il fallait demander au Dr J.\_\_\_\_\_ de se déterminer sur plusieurs questions, notamment sur l'évolution de l'incapacité de travail en tant que serveuse et dégustatrice.

Le 25 avril 2013, le Dr J.\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI que depuis son rapport de novembre 2012, la patiente avait développé des céphalées, associées à une baisse de son état thymique, ainsi que des douleurs thoraciques. Lors d'une consultation du 5 février 2013, elle se portait bien, hormis des douleurs au membre supérieur gauche. Les limitations fonctionnelles actuelles étaient lesdites douleurs, à chaque emploi de ce membre, probablement séquellaires au curage axillaire gauche. Compte tenu de cette symptomatologie douloureuse, l'incapacité de travail comme serveuse restait complète.

Dans un rapport du 20 août 2013, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé un status post-carcinome du sein gauche, avec une incapacité de 100 % dans l'activité de serveuse et de 50 % dans celle de dégustatrice. Depuis le 4 février 2013, la capacité de travail exigible s'élevait à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient celles énoncées par le Dr H.\_\_\_\_\_.

Au cours d'un entretien du 2 décembre 2013 au Service de réadaptation de l'AI, l'assurée a déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à un taux de 60 % à 80 %.

Dans un rapport du 17 mars 2014 adressé au Dr J.\_\_\_\_\_, la Dresse T.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé les diagnostics de douleurs pariétales thoraciques gauche persistantes, de troubles statiques rachidiens et insuffisance de posture, ainsi que de carcinome calanaire invasif du sein gauche. Un examen neurologique avait été effectué par le Dr V.\_\_\_\_\_, neurologue, lequel avait exclu une atteinte neurogène du membre supérieur et une plexite post-actinique. L'examen clinique rhumatologique n'avait pas permis de démontrer d'élément en faveur d'une pathologie d'épaule. Les douleurs paraissaient relever des séquelles liées à l'intervention chirurgicale de mai 2012 avec un probable lymphœdème persistant du sein gauche, sans atteinte du membre supérieur gauche.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 21 mai 2014. Dans son rapport du 26 mai 2014, l'enquêtrice a rapporté que l'intéressée avait mal interprété le questionnaire relatif à son statut, et qu'elle avait indiqué le pourcentage d'activité correspondant au taux effectué avant l'atteinte à la santé, soit 20 %. Entre 2007 et 2009, elle travaillait chez L.\_\_\_\_\_ avec des horaires pouvant aller jusqu'à un taux de 100 %, et avait arrêté cet emploi en raison de l'état de santé de sa fille. Lorsque l'assurée était tombée malade en 2012, elle avait pour projet d'augmenter son taux d'activité. Au vu des explications de l'intéressée, en particulier du taux d'activité exercé entre 2007 et 2009 alors que les enfants étaient plus jeunes, l'enquêtrice a fixé un statut de personne active à 70 % et de ménagère à 30 %. Elle a en outre retenu des empêchements notamment pour les tâches liées à l'alimentation, à l'entretien du logement et des vêtements, ainsi qu'aux soins aux enfants. Après pondération, elle a conclu à un degré d'invalidité de 31 % pour la part ménagère.

Le 17 juin 2014, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'elle n'avait examiné l'assurée qu'à une reprise et renvoyait à son rapport du 17 mars 2014. Elle a précisé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de sommelière en raison des douleurs. Celle-ci n'était probablement plus exigible.

Par avis médical du 26 août 2014, le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué que les empêchements relevés par l'enquête ménagère correspondaient bien aux limitations fonctionnelles retenues par le SMR. Il a confirmé que la capacité de travail était nulle dans l'activité de sommelière, de 50 % dans l'activité habituelle de dégustatrice, et de 100 % dans une activité adaptée, telle que fixée dans le rapport SMR du 20 août 2013. Les douleurs faisant partie du domaine subjectif, elles n'avaient pas à être prises en compte par l'OAI.

Par projet de décision du 16 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente. Il a expliqué que pour la part ménagère, soit 30 %, l'empêchement retenu était de 31 %, ce qui conduisait à un degré d'invalidité de 9.3 %. Pour la part active, de 70 %, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il ressortait de la comparaison des revenus qu'elle pourrait obtenir sans invalidité (35'045 fr., soit le salaire suisse moyen dans la restauration à 70 %) et avec invalidité (37'667 fr. 25, basé sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique, à 70 %) une perte de gain nulle, et donc un degré d'invalidité de 0 % pour la part active. L'invalidité globale s'élevait ainsi à 9.3 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. L'OAI a ajouté que des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Il a également nié le droit au reclassement, ce dernier supposant une perte de gain durable d'environ 20 %, ce qui n'était pas le cas de l'assurée.

Le 17 novembre 2014, l'assurée, désormais représentée par Procap, s'est opposée à ce projet de décision, soutenant qu'une activité à 100 % n'était actuellement pas envisageable au vu de l'impossibilité d'utiliser son membre supérieur gauche, des douleurs permanentes et de la fatigue. En outre, il était très probable que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps afin de couvrir les besoins financiers de sa famille.

Le 26 novembre 2014, l'assurée a renoncé à l'aide au placement que lui avait octroyé l'OAI, en expliquant qu'elle ne se sentait pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé.

Dans un rapport du 19 décembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent et de trouble de l'anxiété généralisée en tout cas depuis 2012. Il a fait état de résultats de tests psychométriques, soit que l'échelle SCL90 montrait des éléments dépressifs impulsifs interprétatifs et anxieux, et que le questionnaire sur les troubles de la personnalité selon les critères du DSM IV mettait en avant des critères positifs pour le groupe A et également pour le groupe B. Il a retenu une incapacité de travail en tout cas du point de vue psychique depuis 2012, avec des troubles de l'attention, de la concentration et de la planification, une diminution de la résistance au stress, une perte de l'élan vital, ainsi que de l'anhédonie.

Le 26 décembre 2014, le Dr R.\_\_\_\_\_, neurologue, a constaté que l'assurée présentait un cas relativement typique de causalgie après intervention au niveau du creux axillaire (curage ganglionnaire), sans déficit sensitivomoteur d'origine radiculo-tronculaire. Il n'avait pas le résultat de l'électroneuromyogramme réalisé par le Dr V.\_\_\_\_\_, mais il était fort possible que celui-ci n'avait pas montré d'anomalie significative. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a informé qu'il avait programmé une imagerie par résonance magnétique (IRM) sous sédation afin de vérifier qu'il n'y ait pas d'anomalie visible.

Le 6 février 2015, l'assurée s'est prévaluée du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ pour contester la capacité de travail retenue par l'OAI et a également critiqué les revenus avec et sans invalidité fixés par ce dernier.

Dans un rapport du 9 février 2015, les Drs N.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, médecins au Centre [...] du P.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de douleurs à caractère neuropathique du creux axillaire gauche et du bras gauche, avec un status post-curage axillaire et radiothérapie en 2012 pour carcinome du sein. Les antalgiques simples et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) n'avaient aucun effet sur la douleur. La patiente évaluait celle-ci entre 8 et 10/10. L'état général était bon. L'examen électrophysiologique effectué par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 23 octobre 2014 ne montrait pas d'argument pour une atteinte neurogène du membre supérieur gauche, ni pour une plexopathie, ni pour un CRPS. Les médecins ont proposé un nouveau traitement contre la douleur et prévu de revoir la patiente pour en évaluer l'effet.

Par avis médical du 26 février 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_ a observé que sur le plan somatique, les atteintes à gauche étaient superposables à celles retenues précédemment, de sorte qu'elles ne modifiaient pas la possibilité d'une activité adaptée à 100 %. En revanche, sur le plan psychiatrique, il a recommandé la mise en œuvre d'un examen SMR ou d'une expertise.

L'OAI a mandaté aux fins d'une expertise psychiatrique le B.\_\_\_\_\_. Le 2 septembre 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et responsable médical au B.\_\_\_\_\_, avait proposé d'ajouter un complément d'examen au niveau du site opératoire pectoral et axillaire pour évaluer ou confirmer l'hypothèse de points trigger, ce qui permettrait une approche thérapeutique non abordée jusqu'ici, mais prometteuse. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a refusé cette demande, soulignant qu'une expertise AI n'avait pas un but thérapeutique. Il a ajouté que sur le plan somatique, il n'y avait pas d'argument pour s'écarter d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée (cf. avis médical du 2 septembre 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_).

Le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès du B.\_\_\_\_\_, s'est entretenu avec l'assurée le 14 septembre 2016. Dans son rapport d'expertise du 4 novembre 2016, établi sous la supervision médicale du Dr G.\_\_\_\_\_, il a posé les diagnostics, avec une incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F 33.0) avec une amélioration de l'humeur dépressive, mais encore instable, des scapulo-brachialgies gauches, ainsi qu'une fatigue chronique sur status post opération d'un carcinome canalaire du sein gauche, avec tumorectomie, chimiothérapie et irradiations. Le diagnostic d'hypothyroïdie substituée n'avait quant à lui aucun effet sur la capacité de travail. Le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité totale de travail dans l'activité de serveuse depuis le 30 avril 2012 et une pleine capacité dans une activité adaptée. Il a suggéré de débiter avec une reprise au taux de 50 %, puis augmenter ce taux jusqu'à 100 %. Les limitations fonctionnelles consistaient en des douleurs au membre supérieur gauche à l'effort, une intolérance au bruit, une humeur dépressive, des troubles cognitifs, ainsi qu'une faible résistance au stress du travail et aux exigences de rendement. L'expert a relevé que l'assurée désirait sortir de l'inactivité et de l'oisiveté, et demandait une mesure de réadaptation progressive pour un poste de travail tenant compte de l'état de son membre supérieur gauche et de sa méconnaissance de l'outil informatique.

Par avis médical du 24 novembre 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, soulignant qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, n'était pas incapacitant sur le plan médico-asséculo-logique.

Le 21 décembre 2016, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise, soutenant qu'elles ne correspondaient pas à la réalité.

Dans un courrier du 22 décembre 2016 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a mis en doute la validité de cette expertise. Il a reproché au Dr S.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir tenu compte de certains éléments indiqués dans son rapport du 19 décembre 2014, notamment des résultats des tests

psychométriques. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a en outre relevé que le diagnostic posé par le Dr S. \_\_\_\_\_ n'était absolument pas en adéquation avec l'observation clinique que ce dernier avait décrite, de même qu'avec celle qu'il avait lui-même effectuée. L'expert n'avait de plus mentionné aucune information quant aux troubles de la personnalité.

Le 27 janvier 2017, lors d'un entretien à l'OAI, l'assurée a expliqué que l'expert avait inventé certaines réponses, telles que sa soi-disant demande de mesures de réadaptation. En effet, en raison de son état de santé, elle n'était pas en mesure de donner suite à une quelconque proposition de l'OAI.

Par avis médical du 16 février 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a écarté les critiques du Dr Z. \_\_\_\_\_ à propos de l'expertise, soulignant que les détails que l'expert n'aurait pas pris en compte ne remettaient pas en cause le fonds et la forme de l'expertise. Le Dr S. \_\_\_\_\_ avait par ailleurs constaté un épisode actuel léger, et l'assurée désirait sortir de l'inactivité et de l'oisiveté, et demandait une mesure de réadaptation. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ annonçait des troubles de la personnalité, non rapportés, et une capacité de travail nulle, ce qui était en contradiction avec les éléments précités.

Par décision du 17 mars 2017, l'OAI a confirmé le refus de rente et de mesures. Il a répété que le degré d'invalidité pour la part ménagère de 30 % se montait à 9.3 % et que pour la part active de 70 %, l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Se fondant sur les données de l'ESS, il a fixé les revenus sans invalidité (35'661 fr.) et avec invalidité (36'253 fr. 98), au taux de 70 %, dont il ressortait de la comparaison une perte de gain nulle, et donc un degré d'invalidité de 0 %. L'invalidité globale s'élevait ainsi à 9.3 %, soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour, l'OAI a expliqué que l'épisode actuel léger n'était pas incapacitant sur le plan médico-asséculoologique et qu'au vu de l'enquête économique effectuée à domicile, il maintenait le statut de part active à 70 %.

**B.** Par acte du 8 mai 2017, D.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, lui opposant les rapports établis par le Dr Z.\_\_\_\_\_. Reprenant les éléments soulevés par ce dernier au sujet de l'expertise, elle a ajouté que le Dr S.\_\_\_\_\_ n'avait pas pris position quant à la divergence entre son appréciation et celle du Dr Z.\_\_\_\_\_. En outre, les troubles qu'il avait décrits, tels que les problèmes de concentration, étaient en contradiction évidente avec une pleine capacité de travail, ceci dans n'importe quelle activité. Le Dr S.\_\_\_\_\_ n'avait de surcroît pas tenu compte du lien avec l'atteinte somatique. Il avait fait état d'une fatigue chronique à la suite de la maladie oncologique et des traitements, mais n'avait pas évalué ses conséquences sur la capacité de travail. Par ailleurs, la recourante a fait valoir que les limitations physiques et psychiques retenues par l'expert rendaient peu probable la possibilité d'une reprise d'une activité professionnelle dans l'immédiat. Elle a estimé que l'OAI devait mettre en œuvre des mesures de réinsertion destinées à procéder à une évaluation plus réaliste de sa capacité de travail effective et à l'aider à trouver une activité adaptée. Dans l'intervalle, elle ne pouvait pas exploiter son éventuelle capacité résiduelle de travail, de sorte qu'il en résultait une invalidité totale sur le plan professionnel. Elle a joint à son recours un certificat médical non daté du Dr Q.\_\_\_\_\_, selon lequel elle avait subi un curage axillaire en 2012 lors duquel le deuxième nerf intercostal avait probablement été lésé, ce qui occasionnait des douleurs au bras gauche et une insensibilité postérieure du bras. Etait encore annexé un rapport du 27 avril 2017 du Dr Z.\_\_\_\_\_, relevant que l'expert n'avait pas tenu compte des douleurs neuropathiques au niveau du creux axillaire et du bras gauche, lesquelles étaient notamment exacerbées par la mobilisation, avaient une répercussion claire sur le plan thymique et ne favorisaient en tout cas pas une amélioration sur le plan psychique.

Par décision du 16 juin 2017, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des avances et des frais de procédure, avec effet au 8 mai 2017. La recourante a par ailleurs été astreinte à verser une franchise mensuelle de 50 fr. à compter du 1<sup>er</sup> août 2017.

Dans sa réponse du 16 août 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, en renvoyant aux avis SMR des 24 novembre 2016 et 16 février 2017.

Le 5 septembre 2017, la recourante a maintenu sa position.

Le 10 juillet 2018, à la demande de la recourante, la juge en charge de l'instruction a supprimé l'obligation de verser une franchise mensuelle de 50 fr., les montants déjà payés couvrant l'avance de frais.

### **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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesures de reclassement).

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

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

**b)** Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 17 mars 2017, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la

personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

**d)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les

raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 médicales 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 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 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

**4.** L'intimé a retenu que la recourante présentait un statut d'active à 70 % et de ménagère à 30 %. Cette répartition, de même que le taux d'empêchement de 31 % relatif à la part ménagère, ressortent du rapport d'enquête économique établi le 26 mai 2014. Ces éléments ne prêtent pas flanc à la critique et n'ont au demeurant pas été critiqués par l'assurée dans le cadre de son recours, de sorte qu'il convient de les confirmer.

En revanche, pour la part active, l'intéressée a contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que retenue par l'intimé.

Sur le plan somatique, l'OAI s'est fondé sur l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_, lequel a conclu à une entière capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (fatigabilité, port de charges lourdes et mouvements soutenus et répétitifs avec le membre supérieur gauche, travail au-dessus de la hauteur des épaules), dès le 4 février 2013 (cf. rapport du 20 août 2013). Certes, après la tumorectomie et le curage ganglionnaire axillaire gauche en mai 2012, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ étaient optimistes, en indiquant que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, celle-ci pouvant intervenir, selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, dès la fin des traitements oncologiques (cf. rapports du 23 novembre 2012 des Drs Q.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_).

Cependant, par la suite, tous les médecins ayant examiné l'assurée ont rapporté d'importantes douleurs au membre supérieur gauche, se manifestant à chaque emploi de celui-ci. Pour cette raison, les Drs J.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ont considéré que la capacité de travail dans l'activité de serveuse était nulle, sans toutefois se prononcer sur les possibilités d'exercice d'une activité adaptée (cf. rapports du 25 avril 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_ et du 17 juin 2014 du Dr T.\_\_\_\_\_). Le 26 août 2014, sur la base de ces rapports, le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué que les douleurs faisaient partie du domaine subjectif et qu'elles n'avaient pas à être prises en compte par l'OAI, de sorte qu'il a confirmé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Or, ces douleurs sont objectivées et confirmées par des observations médicales concluantes ; elles sont mises en lien avec l'intervention axillaire gauche de mai 2012, notamment par la Dresse T.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 17 mars 2014), le Dr R.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel retient que le deuxième nerf intercostal a probablement été lésé lors de cette intervention (cf. certificat médical non daté du Dr Q.\_\_\_\_\_ produit avec le recours). Aucun des médecins ayant examiné l'assurée ne s'est prononcé sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr X.\_\_\_\_\_, il a certes décrit

initialement certaines limitations fonctionnelles, mais au vu des pièces au dossier, on ne peut d'emblée déduire que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations. Concernant celle relative à la fatigabilité, il sied de relever que le Tribunal fédéral a admis que la fatigue liée au cancer est un syndrome multidimensionnel, qui peut durer plusieurs années après la fin du traitement (ATF 139 V 346 consid. 3). Dans cet arrêt, il a considéré que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (« cancer-related fatigue »), dans la mesure où celle-ci est sous-jacente, au moins indirectement, à une cause organique (à noter que le Tribunal fédéral a depuis lors modifié sa pratique concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux ; cf. consid. 5a infra). En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée au cancer. En l'occurrence, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'une fatigue chronique à la suite du cancer et des traitements (cf. rapport d'expertise du 4 novembre 2016). Hormis le Dr X.\_\_\_\_\_, qui a retenu une fatigabilité au titre de limitation fonctionnelle, aucun médecin somaticien ne s'est prononcé sur l'effet de cette fatigue sur la capacité de travail de l'assurée.

De surcroît, s'agissant de l'atteinte au membre supérieur gauche, le Dr R.\_\_\_\_\_ a annoncé avoir programmé une IRM sous sédation, dont on ignore si elle a été réalisée, les résultats ne figurant pas au dossier. L'intimé n'a pas interpellé ce spécialiste sur cette question. Le rapport concernant les examens effectués par le Dr V.\_\_\_\_\_ ne se retrouve pas non plus au dossier, tout comme ceux ayant trait aux consultations ultérieures à février 2015 au Centre [...] du P.\_\_\_\_\_. Pourtant, les médecins du P.\_\_\_\_\_ avaient proposé un nouveau traitement contre la douleur et avaient prévu de revoir la patiente pour en évaluer l'effet (cf. rapport du 9 février 2015). Enfin, le Dr G.\_\_\_\_\_ du B.\_\_\_\_\_ avait proposé d'ajouter dans le cadre de l'expertise psychiatrique un complément d'examen au niveau du site opératoire

pectoral et axillaire, ce qui aurait apporté une appréciation s'agissant de la capacité de travail de l'assurée en lien avec cette atteinte. Ceci a toutefois été refusé par le SMR (cf. avis médical du 2 septembre 2016 du Dr X.\_\_\_\_\_).

Au final, le dossier constitué par l'intimé sur le plan somatique présente des lacunes. Outre le fait qu'il manque certaines pièces médicales, le seul médecin à s'être prononcé sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, soit le Dr X.\_\_\_\_\_ - lequel n'a jamais examiné l'intéressée -, a expressément indiqué que l'OAI ne devait pas tenir compte des douleurs de cette dernière.

**5.** Sur le plan psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du 4 novembre 2016 du Dr S.\_\_\_\_\_, lequel retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

**a)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des

maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

**b)** En l'espèce, au vu des pathologies psychiatriques retenues par les spécialistes, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés par le Tribunal fédéral présentés ci-dessus. Toutefois, certaines réponses de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ aux questions pourtant précises de l'OAI en lien avec la nouvelle jurisprudence concernant les maladies psychiatriques sont floues et d'autres donnent à penser que l'expert n'a pas compris la question qui lui était posée. Ainsi, à propos des ressources personnelles de l'assurée, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle vivait des ressources du foyer, son mari étant actif. Cependant, dans un tel contexte, cette question ne visait aucunement les ressources financières de l'expertisée.

Par ailleurs, le Dr S.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_. Celui-ci a pourtant retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent et de trouble de l'anxiété généralisée, et avait fait réaliser à l'assurée des tests psychométriques. Le psychiatre traitant n'a certes guère décrit les résultats de ces derniers, mais l'expert aurait au moins pu indiquer brièvement les raisons pour

lesquelles il s'écartait des conclusions de son confrère, d'autant plus que le Dr Z.\_\_\_\_\_ concluait à une capacité de travail nulle. En outre, l'expertise présente des contradictions, notamment lorsqu'elle fait état d'une péjoration de la situation au niveau des douleurs, juste avant de mentionner que celle-ci stagne (cf. p. 6 de l'expertise). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a de surcroît indiqué que l'assurée désirait sortir de l'inactivité et de l'oisiveté, et qu'elle demandait une mesure de réadaptation, ce que l'intéressée a expressément contesté par la suite, soulignant qu'elle n'avait jamais émis un tel souhait étant donné qu'elle ne se sentait pas en mesure de donner suite à une quelconque proposition de l'OAI en raison de son état de santé.

Au vu des manquements et des imprécisions de l'expertise, celle-ci ne dispose pas d'une pleine valeur probante, de sorte que l'on ne saurait se rallier à ses conclusions. Il en va de même s'agissant des rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation médicale n'est pas suffisamment étayée, de même que les éléments en lien avec les tests psychométriques.

Ainsi, sur le plan psychique également, force est de constater que les éléments figurant au dossier ne permettent pas de statuer en toute connaissance de cause.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. 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, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, en tous cas du point de vue somatique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ayant uniquement été évaluée par le Dr X.\_\_\_\_\_, dont l'appréciation est succincte et peu probante, compte tenu de son évaluation des douleurs, pourtant objectivées. L'intimé a en outre négligé de demander certaines pièces médicales. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (oncologique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique) conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**7. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr., supportés par l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 17 mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- 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 D.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap (pour D. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :