

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en...] 1966, sans formation certifiée, mère de quatre enfants nés respectivement en 1989, 1992, 1999 et 2002, 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'Hôpital J._____. 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 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), dans laquelle elle a mentionné avoir travaillé en dernier lieu en qualité de sommelière auprès du restaurant P.A._____ du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2012 à un taux de 10 %, et en tant que dégustatrice pour L.J._____ SA du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2012 également au taux d'activité de 10 %.

Dans un rapport à l'OAI du 23 novembre 2012, le Dr B._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique à l'Hôpital J._____, a indiqué 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, le Dr N._____, oncologue à l'Hôpital M._____, a mentionné que la manipulation hormonale se poursuivait et que l'assurée, qui signalait quelques mastodynies gauches, se portait assez bien. Il a attesté d'une incapacité de travail du 10 mai au 15 décembre 2012, à évaluer par la suite en fonction de l'évolution clinique. Les limitations en rapport avec l'activité exercée étaient une asthénie et une fatigabilité rapide. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, le Dr N._____ ne pouvant toutefois pas indiquer dans quel délai.

Le 25 avril 2013, ce médecin a signalé à l'OAI que lors de la dernière consultation du 5 février 2013, l'assurée se portait bien, hormis des douleurs du membre supérieur gauche survenant le plus souvent après l'emploi de ce bras. L'examen clinique était normal, à l'exception d'une pigmentation post-actinique du sein gauche. Les limitations fonctionnelles étaient les douleurs, à chaque emploi du bras gauche, probablement séquellaires au curage axillaire gauche. Compte tenu de cette symptomatologie douloureuse, l'incapacité de travail comme serveuse restait complète.

Dans un rapport du 17 mars 2014 adressé au Dr N._____, la Dre V._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de douleurs pariétales thoraciques gauches persistantes, de troubles statiques rachidiens et d'insuffisance de posture, ainsi que de carcinome canalaire invasif du sein gauche. Elle a précisé que l'examen clinique rhumatologique n'avait pas révélé d'élément en faveur d'une pathologie de l'épaule. Les douleurs paraissaient relever des séquelles liées à l'intervention chirurgicale de mai 2012 avec un probable lymphœdème persistant du sein gauche. Elle a ajouté qu'un examen neurologique effectué par le Dr D._____ avait exclu une atteinte neurogène du membre supérieur gauche et une plexite post-actinique.

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 fixé un statut de personne active à 70 % et de ménagère à 30 % sur la base notamment des explications fournies par l'assurée lors de l'entretien.

Interpellée par l'OAI, la Dre V._____ a précisé, le 20 juin 2014, que l'assurée présentait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité de sommelière depuis mai 2012 en raison des douleurs.

Dans un avis du 26 août 2014, le Dr R._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que l'activité de sommelière n'était plus exigible, mais que

l'assurée présentait en revanche une capacité de travail de 50 % dans l'activité de dégustatrice et pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un projet de décision du 16 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que son taux d'invalidité de 9,3 %, déterminé en tenant compte d'une part ménagère de 30 % et d'un statut d'active de 70 %, n'ouvrait pas le droit à la rente ni à des mesures d'ordre professionnel.

Le 17 novembre 2014, l'assurée, représentée par Procap Suisse, s'est opposée à ce projet de décision, soutenant qu'une activité à 100 % n'était pas envisageable au vu de l'impossibilité d'utiliser son membre supérieur gauche, des douleurs permanentes et de la fatigue. Elle a par ailleurs soutenu qu'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.

Dans un rapport du 19 décembre 2014, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'Hôpital M._____, a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur récurrent et de trouble de l'anxiété généralisée existants en tout cas depuis 2012. Il a ajouté 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 pour le groupe B. Il a retenu une incapacité de travail en tout cas du point de vue psychique depuis 2012, en signalant 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, et de l'anhédonie.

Le 26 décembre 2014, le Dr S._____, spécialiste en neurologie, a constaté que l'assurée présentait un cas relativement typique de causalgie après curage ganglionnaire, sans déficit sensitivomoteur d'origine radiculo-tronculaire.

Dans un rapport du 9 février 2015, les Drs T._____ et Q._____, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique au X._____, 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. Ils ont relevé que les antalgiques simples et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) n'avaient aucun effet sur la douleur, qui était évaluée entre 8 et 10/10 par l'assurée. Ils ont constaté que l'état général était bon, qu'il n'y avait pas de diminution de la force, que la motricité des membres supérieurs était sans particularité, et que l'examen du rachis cervical et dorsal était également normal. Ils ont aussi noté que l'examen électrophysiologique effectué par le Dr D._____ 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 (syndrome douloureux complexe). Les médecins ont proposé un nouveau traitement contre la douleur et prévu de revoir la patiente pour en évaluer l'effet.

Se déterminant le 26 février 2015 sur les nouvelles pièces versées au dossier, le Dr R._____ du SMR a estimé qu'elles faisaient état d'atteintes somatiques superposables à celles retenues précédemment et n'étaient pas de nature à modifier son appréciation sur la pleine capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée sur le plan physique. En revanche, il a préconisé un complément d'instruction pour le volet psychiatrique, relevant que le psychiatre traitant évoquait une atteinte psychique qui remontait à 2012, alors que les rapports médicaux antérieurs ne la mentionnaient pas.

L'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique à P._____, qui a été réalisée par le Dr H._____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 4 novembre 2016, il a posé les diagnostics, avec une incidence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, de scapulo-brachialgies gauches, et de fatigue chronique sur status post opération d'un carcinome canalaire du sein gauche, avec tumorectomie, chimiothérapie et irradiations. Il a également posé le diagnostic d'hypothyroïdie substituée,

qui n'avait quant à lui aucun effet sur la capacité de travail. Le Dr H. _____ a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité de serveuse depuis le 30 avril 2012 et à une pleine capacité dans une activité adaptée.

Le 21 décembre 2016, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise.

Dans un courrier du 22 décembre 2016 à l'OAI, le Dr C. _____ a mis en doute la validité de cette expertise, reprochant notamment à l'expert de n'avoir fourni aucune information concernant les troubles de la personnalité.

Par décision du 17 mars 2017, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

B. Statuant le 29 octobre 2018 sur le recours interjeté par l'assurée contre cette décision (cause AI 147/17 - 302/2018), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision attaquée et renvoyé la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (oncologique, rhumatologique, neurologique et psychiatrique) puis nouvelle décision. Elle a considéré que le dossier n'était pas suffisamment instruit sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, le dossier ne permettait pas non plus de statuer en toute connaissance de cause, dès lors que l'expertise du Dr H. _____, qui présentait des lacunes et imprécisions, ne pouvait pas se voir reconnaître pleine valeur probante et que les rapports du psychiatre traitant n'étaient pas suffisamment étayés. Elle a confirmé que la recourante présentait un statut d'active à 70 % et de ménagère à 30 %, ce qui n'était du reste pas contesté.

C. A la suite de cet arrêt de renvoi, l'OAI a repris l'instruction du dossier.

Dans un rapport du 7 mai 2019, le Prof. Z._____, spécialiste en anesthésiologie, a signalé qu'il était convaincu qu'une révision micro-chirurgicale mettrait en évidence un névrome du nerf intercosto-brachial.

Le 1^{er} juillet 2019, le Dr F._____, oncologue à la Clinique A._____, a informé l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis avril 2019. Il était frappé par la symptomatologie douloureuse qui était certainement liée à une lésion du nerf intercosto-brachial gauche. Il ne voyait pas la patiente reprendre une activité de sommelière aussi longtemps que cette symptomatologie douloureuse persisterait, ni suivre avec succès une reconversion professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient au niveau de la force et de la mobilité du bras gauche. Comme facteurs faisant obstacle à une réadaptation, il a mentionné l'âge de l'assurée et le laps de temps depuis son dernier emploi.

L'OAI a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire à O._____. Dans ce cadre, l'assurée a été vue les 17 septembre, 16, 28 et 30 octobre, et 5 novembre 2019 par les Drs E._____, spécialiste en médecine interne, I._____, spécialiste en oncologie, L._____, spécialiste en neurologie, Y._____, spécialiste en rhumatologie, et A.B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont notamment retenu ce qui suit :

- « 4.2. Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail
- Carcinome invasif NST du sein gauche pT1c pN1a (1/14) cM0, stade IIA, grade 1, ER 80 %, PR 70 %, HER2 négatif, MIB-1 à 3% avec : Z85.3
 - Mai 2012 : tumorectomie, biopsie du ganglion sentinelle gauche et curage ganglionnaire axillaire gauche
 - Juin à août 2012 : chimiothérapie adjuvante par 4 cycles de TC (Taxotère et cyclophosphamide)
 - Septembre à décembre 2012 : traitement adjuvant par tamoxifène interrompu en raison d'intolérance
 - Septembre à octobre 2012 : radiothérapie adjuvante de 50 Gy sur le sein gauche avec un boost de 15 Gy sur le lit de tumorectomie
 - Février à mai 2013 : tentative de traitement adjuvant par létrozole, interrompu en raison d'intolérance

- Brachialgies et douleurs axillaires gauches chroniques d'étiologie indéterminée

M79.6

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

F33.0

4.3. Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Du fait du curage ganglionnaire gauche, l'activité professionnelle ne doit pas comporter de port de charge excédant 10 kg avec le membre supérieur gauche, ni de travail avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule. L'activité de sommelière ne respecte pas ces limitations. L'activité de dégustatrice reste en revanche adaptée. L'anxiété créée par la crainte d'une récurrence du cancer peut tendre à diminuer les activités spontanées de l'assurée et diminuer à sa capacité à s'insérer dans un groupe. La fatigabilité, d'origine mixte (traitement du cancer, Oxycodone, syndrome dépressif), diminue l'endurance.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Dans l'activité de sommelière, la capacité de travail est jugée nulle. Dans l'activité de dégustatrice, la capacité de travail est estimée à 70 %.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est estimée à 70 %.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'activité de sommelière ne respecte pas les limitations fonctionnelles. La capacité de travail de l'assurée dans cette activité est définitivement nulle depuis 2012.

Dans une activité adaptée, en prenant en compte l'épisode dépressif et le syndrome douloureux imparfaitement expliqué par des lésions objectives et au vu des activités encore possibles, après discussion consensuelle, l'incapacité de travail est estimée globalement à 30 % à partir de février 2013, date de consultation du Dr N. _____ mentionnant que sa patiente se porte bien. Une reprise progressive de l'activité semble nécessaire en raison de la durée de l'inactivité et du déconditionnement secondaire ainsi que du syndrome douloureux.

Relevons que nos confrères oncologues évaluent la reprise d'une activité professionnelle adaptée à un taux de 40 à 60 %. Dans leur appréciation, ils retiennent cependant une origine neuropathique ce qui a été exclu par l'expert neurologue. Par ailleurs comme décrit ci-dessus, en évaluant l'impact des répercussions fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne, les ressources de l'expertisée, il nous apparaît de façon consensuelle, qu'il persiste une capacité de travail résiduelle d'au moins 70 % dans une activité adaptée. »

Dans un rapport du 25 février 2020, le Dr C.T. _____, médecin au SMR, a estimé qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter des

conclusions de l'expertise de O._____, les limitations fonctionnelles retenues étant claires et convaincantes, de même que la perte de la capacité de travail par baisse de rendement. Il a ainsi retenu les limitations fonctionnelles suivantes : le port de charge excédant 10 kg avec le membre supérieur gauche, le travail avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule, des difficultés relationnelles et une fatigabilité. Il a conclu que l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans l'activité de sommelière depuis avril 2012, mais que dans l'activité de dégustatrice, et dans toute autre activité adaptée, sa capacité de travail était de 70 %, par baisse de rendement de 30 %, depuis février 2013.

Une nouvelle évaluation économique sur le ménage a été mise en œuvre par l'OAI. Dans son rapport du 10 août 2020, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut d'active de 80 % et de ménagère de 20 %, dès lors que l'assurée alléguait désormais qu'elle travaillerait à 80 % si elle était en bonne santé, signalant notamment que ses enfants étaient plus grands et autonomes que lors de la précédente évaluation de 2014.

Le 20 août 2020, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 10 juillet 2020 du Prof. Z._____ se déterminant comme suit sur le rapport d'expertise :

« La composition du groupe d'experts pose déjà un problème car on a omis d'y inclure un gynécologue chirurgien expérimenté qui aurait pu renseigner le reste des experts sur les complications les plus fréquentes d'une ablation tumorale telle que celle réalisée chez Madame G._____. La méconnaissance complète de la complication neurologique la plus fréquente de ce type d'intervention est particulièrement choquante dans le point 6 de l'expertise neurologique. Ceci démontre que l'expert ne connaît pas l'anatomie nerveuse en dehors de sa distribution tronculaire (radiculaire). Le nerf touché est, comme quasiment toujours dans ce type de situation, la branche intercosto-brachiale émergeant du 2^{ème} nerf intercostal, et la distribution de ce nerf correspond parfaitement à l'hypoesthésie aux 4 qualités de sensibilité testées lors de ma consultation du 6 mai 2019.

Dans l'expertise neurologique, il n'est pas fait mention de la façon dont le neurologue a réalisé son examen neurologique au lit du patient. Un EMG négatif va évidemment être sans valeur dans le cas d'une pathologie touchant un nerf purement sensitif. L'information donnée par la patiente d'une hypersudation dans le creux axillaire à D [droite] comme signe d'une dysfonction autonome n'a pas été

relevé dans l'expertise (« pas de signe végétatif en faveur d'une éventuelle causalgie »).

En conclusion, le neurologue retient un diagnostic psychiatrique (« douleurs atypiques, vraisemblablement psychogènes »).

Finalement, on ne trouve pas mention d'un examen local de la cicatrice mettant en évidence la présence d'un point de gâchette avec un Tinnel positif, habituellement expliqué par la présence d'un névrome enclavé dans la partie profonde de la cicatrice qui traverse la trajectoire du nerf intercosto-brachial. Je constate également que les douleurs de la patiente sont apparues quelques semaines après l'opération, ce qui est parfaitement compatible avec la section du nerf et le développement d'un névrome. Je suis convaincu que l'intervention micro chirurgicale de la Doctoresse K. _____ va confirmer ce diagnostic et qu'elle permettra de réduire de façon importante les douleurs présentées par la patiente. »

L'assurée a également produit un rapport du 6 juillet 2020 du Dr D.F. _____, médecin généraliste traitant, signalant notamment qu'elle ressentait des douleurs depuis l'opération de 2012, sans que l'utilisation de nombreuses techniques et substances antalgiques n'aient donné de résultats probants.

Se déterminant le 22 septembre 2020 sur ces rapports médicaux, le Dr C.T. _____ du SMR a relevé que l'expert neurologue avait envisagé le diagnostic de névrome, mais l'avait récusé de façon argumentée. Il a ajouté que l'expert n'avait pas trouvé de signes végétatifs lors de son status et que l'EGM pratiqué par ce spécialiste avait également exploré la conduction nerveuse sensitive qui était dans les limites de la norme. Il a conclu que les nouvelles pièces n'étaient pas de nature à remettre en question l'expertise.

Dans un projet de décision du 29 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles sur la base des constatations suivantes :

« En bonne santé, Madame G. _____ exercerait une activité à 80 %. Les 20 % restants correspondent à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage.

Pour des raisons de santé, elle a présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 23 avril 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 23 avril 2013 et après examen des pièces médicales en notre possession, force est de constater que son incapacité de travail est totale en tant que serveuse, toutefois en tant que dégustatrice ou tout autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (absence de port de charge excédant 10 kg avec le membre supérieur gauche, et de travail avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule, des difficultés relationnelles, une fatigabilité), une capacité de travail de 70 % peut raisonnablement être exigible d'elle depuis février 2013.

Par conséquent, pour déterminer la perte économique qu'elle subit, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 28'528.96 selon l'ESS TA 1 2012 restauration (domaine 55-56, niveau de compétence 2, femmes 2012 indexé à 2013), avec le revenu auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée (travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement).

Dans sa situation, étant donné qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 36'253.98 à 70 %, en 2013.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans son cas. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

Le revenu d'invalidité étant supérieur au revenu auquel Madame G. _____ aurait pu prétendre en bonne santé, il n'y a pas de préjudice économique pour la part active.

Selon l'enquête réalisée à son domicile, il ressort que ses empêchements dans la tenue de son ménage s'élèvent à 14.4 %, ce qui donne un degré d'invalidité de 2.88 % pour la part ménagère jusqu'au 14 août 2020. En raison d'un changement de la situation familiale dès le 16 août 2020, il y a lieu de prendre en compte un empêchement de 17.2 %, ce qui donne un degré d'invalidité de 3.44 % pour la part ménagère.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines en 2013 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêcheme nt	Degré d'invalidité
Active	80 %	0 %	0 %
Ménagère	20 %	14.4	2.88
Degré d'invalidité			2.88

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI).

Désormais, pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, nous devons nous baser sur un taux d'occupation théorique de 100 %, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

Comme pour le revenu sans invalidité, le revenu d'invalidité se base sur un taux d'occupation théorique de 100 % mais au plus sur la capacité de travail maximale raisonnablement exigible de la part de Madame G. _____ d'un point de vue médical.

En l'occurrence, dans sa situation, nous considérons qu'une capacité de travail maximale de 70 % peut être attendue d'elle dans une activité adaptée à son état de santé.

Dès lors, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 52'978.06 à 100 % selon ESS TA 1 2016, restauration (domaines 55-56, niveau de compétence 2, femmes, 2016 indexé à 2018), avec le revenu auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée à 70 %.

Dans sa situation, étant donné qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 38'551.42 à 70 %, en 2018.

Par ailleurs, après examen des facteurs de réduction (limitations fonctionnelles, âge, années de service, nationalité et taux d'occupation), nous estimons qu'aucun abattement n'est justifié dans son cas. En effet, les limitations fonctionnelles sont déjà prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail.

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	52'978.06
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	<u>38'551.42</u>
Perte de revenu	CHF	14'426.64
Empêchement		27.23%

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines en 2018 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80 %	27.23	21.78
Ménagère	20 %	14.4	2.88
Degré d'invalidité			<u>24.66</u>

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente.

En raison d'une modification de la situation familiale, dès août 2020, il y a lieu de procéder à une nouvelle pondération du degré d'invalidité global résultant des deux domaines.

Après indexation de 2018 à 2020, le revenu sans invalidité s'élève à CHF 53'509.00 et celui sans atteinte à la santé à CHF 38'938.00.

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	53'509.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	<u>38'938.00</u>
Perte de revenu	CHF	14'571.00
Empêchement		27.23 %

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêcheme nt	Degré d'invalidité
Active	80 %	27.23	21.78
Ménagère	20 %	17.2	3.44
Degré d'invalidité			<u>25.22</u>

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvre pas le droit à une rente.

Il ressort du rapport de la division de réadaptation que des mesures professionnelles ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. »

Dans un courrier du 2 novembre 2020, l'assurée, toujours représentée par Procap Suisse, s'est opposée à ce projet de décision. A l'appui de ses objections, elle a notamment produit un rapport du 17 avril 2020 du Dr C._____ se déterminant sur le volet psychiatrique de l'expertise de O._____ de la manière suivante :

« **Aperçu des sources utilisées :**

L'expertise de P._____ datée du 04.11.2016 du Dr H._____ est utilisée alors qu'elle a été rejetée et jugée comme non-probante.

2.Synthèse du dossier :

Il n'y a aucune information sur les différents rapports, lettre du dossier AI, on se réfère à l'expert principal

4.3 Constatations lors de l'examen :

Le status est lacunaire : il manque l'appréciation des troubles anxieux et phobiques. Sur l'aspect thymique hormis la thymie, il manque l'appréciation de la symptomatologie dépressive complète, à savoir : y-a-t-il une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une diminution de l'estime de soi, des idées de culpabilité, une attitude morose face à l'avenir, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires, une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit. Il manque l'appréciation d'une dysthymie, la présence d'une phase maniaque ou hypomane. Sur l'aspect de la lignée psychotique aucun élément n'est décrit. Aucune évaluation sur les troubles de la personnalité n'est décrite. Concernant l'éventualité d'un trouble somatoforme aucun élément n'est cité.

On ne relève pas une journée type qui permet de voir et d'observer ses activités dans la vie quotidienne.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Les ressources ne sont absolument pas explicitées.

Quand aux capacités énumérées par la mini-CIF, elles ne sont pas explicitées.

La capacité d'endurance est entamée mais sans en préciser l'impact et les conséquences.

NB

La patiente n'est plus prise en charge »

Se déterminant le 30 novembre 2020 sur les nouvelles pièces produites par l'assurée, le Dr C.T. _____ du SMR a conclu que l'expertise contenait tous les éléments nécessaires pour statuer et que le psychiatre traitant n'amenait pas d'élément médical nouveau. Il a ajouté que le Dr C. _____ indiquait que l'assurée avait cessé son suivi chez lui, ce qui allait plutôt dans le sens d'une atteinte modérée telle que décrite par l'expert.

Par décision du 1^{er} décembre 2020, l'OAI a confirmé son refus de prestations. Dans un courrier séparé daté du même jour, il s'est déterminé sur les objections formulées par l'assurée.

D. Par acte de son conseil du 18 janvier 2021, G. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle conteste la capacité de travail résiduelle retenue par l'OAI, estimant sa capacité de travail à 50 % au plus dans une activité adaptée, ce qui lui ouvrirait le droit à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2018 sur la base du calcul opéré par l'intimé. Elle reproche à l'expertise d'avoir écarté l'appréciation des experts oncologues dans l'évaluation interdisciplinaire. Elle critique également l'appréciation de l'expert neurologue et se réfère à ce propos aux rapports du Prof. Z. _____ des 7 mai 2019 et 10 juillet 2020. Concernant l'expertise psychiatrique, elle

allègue en substance qu'elle est incomplète, signalant en outre que l'expert décrivait une « obnubilation par les douleurs », ce qui s'apparentait plus à un jugement de valeur qu'à une appréciation médicale.

Dans sa réponse du 25 février 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 8 mars 2021, la recourante a indiqué que ses problèmes psychiques étaient plus complexes que ce qui avait été retenu dans l'expertise et a produit un rapport du 20 janvier 2021 du Dr S.V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de Mme T.M._____, infirmière en psychiatrie.

Le 18 mai 2021, l'intimé a produit un avis du 25 mars 2021 de son service médical régional se déterminant sur le rapport du Dr S.V._____.

Dans sa réplique du 10 juin 2021, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle soutient en substance qu'un suivi d'une certaine durée est souvent nécessaire pour pouvoir comprendre « l'envers du décor » dans le domaine psychique et que l'intimé ne pouvait pas se contenter de l'expertise réalisée au sein de O._____ et aurait dû instruire la situation médicale de manière plus approfondie au vu des critiques formulées par les Drs Z._____, S.V._____, D.F._____ et C._____.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 13 juillet 2021.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail résiduelle.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 1^{er} décembre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

d) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les

ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

f) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). 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 déjà cité et les références).

g) On ajoutera que s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

5. a) A la suite de l'arrêt de renvoi pour instruction complémentaire rendu le 29 octobre 2018, l'intimé a ordonné une expertise pluridisciplinaire qui a été réalisée au sein de O._____. Dans le cadre de cette expertise, la recourante a été examinée par des spécialistes en médecine interne, en oncologie, en neurologie, en rhumatologie et en psychiatrie et chaque évaluation par un spécialiste a fait l'objet d'un rapport d'expertise spécifique. Si chaque rapport d'expertise ne reprend pas dans son corps les éléments généraux (comme l'anamnèse par exemple), lesquels sont contenus dans le rapport de l'experte interniste ayant exercé le rôle d'expert principal, ils s'y réfèrent. Les constatations de chaque spécialiste ont ensuite fait l'objet d'une évaluation globale et consensuelle réalisée en présence de deux des quatre experts (soit l'experte interniste et l'expert en psychiatrie) et de la Dre R.N._____, spécialiste en médecine interne et intervenant en qualité de médecin superviseur, qui ont précisé avoir consulté les autres

spécialistes dans les situations nécessitant des compléments d'information.

b) Sur le plan somatique, les experts ont posé les diagnostics de carcinome invasif du sein gauche, de brachialgies et de douleurs axillaires gauches chroniques d'étiologie indéterminée. La recourante décrivait une douleur au creux axillaire gauche irradiant au niveau du sein de la paroi thoracique sous-mammaire et à la face interne du bras gauche jusqu'au coude. Les douleurs étaient constantes, non améliorées par la position, et aggravées par les mouvements ou le port de charges. Elle mentionnait aussi une hypoesthésie de la face externe du bras et de l'avant-bras et une sensation d'engourdissement de l'avant-bras. Elle signalait également des lâchages d'objets intermittents et sans symptômes avant-coureurs. Elle relatait en outre une fatigabilité présente depuis le début du traitement oncologique et qui perdurait sans diminuer d'intensité, malgré l'arrêt de la thérapie en mai 2013. Elle avait aussi toujours l'impression que le membre supérieur gauche et le creux axillaire étaient gonflés. Elle signalait par ailleurs une déformation du sein gauche avec une tuméfaction sur la cicatrice chirurgicale, ainsi qu'une diminution du volume de ce sein (cf. expertise interniste, p. 8 et 9 ; expertise oncologique, p. 2).

Sous l'angle de la médecine interne, l'examen cardiovasculaire et pulmonaire étaient sans particularité, hormis un hippocratisme digital que la recourante décrivait comme familial. L'examen abdominal était également normal. Aux membres inférieurs, il n'était pas objectivé de déficit sensitivomoteur et les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques. A l'examen des membres supérieurs, il n'était pas objectivé de modification de la coloration du membre supérieur gauche ni de la sudation ou de la pilosité. L'experte interniste a en outre constaté que les articulations périphériques étaient non inflammatoires et que leur mobilité était entière, à l'exception de l'épaule gauche dont la mobilité en abduction était limitée à 160° (expertise interniste, p. 12 et 13). Concernant la capacité de travail, l'experte interniste, qui rappelons-le est l'experte principale, ne s'est pas déterminée uniquement sous l'angle de

la médecine interne, mais a tenu compte de l'ensemble des éléments et de la situation médicale. Elle a mentionné que la capacité de travail était nulle dans l'activité de sommelière, mais que la recourante pouvait en revanche accomplir l'activité de dégustatrice ou toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soit sans port de charge excédant 10 kg avec le membre supérieur gauche et n'impliquant pas de travail avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule) à raison de 8 heures par jour, avec une diminution de la performance de 30 %, en raison du syndrome douloureux chronique, de la fatigabilité et de l'épisode dépressif, l'experte interniste reprenant pour le surplus les conclusions de l'évaluation consensuelle à laquelle il était renvoyé (expertise interniste, p. 13 à 15).

Les experts oncologues ont quant à eux constaté que la cicatrice de tumorectomie était indurée et sans masse palpable. Le toucher du creux axillaire était douloureux sur la face antérieure, postérieure et latérale de l'épaule, les douleurs descendant jusqu'au niveau du bras. Il y avait également une hypoesthésie de la face externe du bras gauche et de l'avant-bras gauche (expertise oncologique, p. 2). Selon les oncologues, les douleurs de type neuropathique, avec allodynie, étaient imputables à la chirurgie de mai 2012, qui pouvait être source de douleurs post-opératoires chroniques de type névralgie intercosto-brachial. Selon la littérature, on retrouvait en effet des douleurs post-opératoires chroniques à la suite d'une chirurgie mammaire et un curage axillaire chez 30 à 70 % de patientes. Concernant la persistance de l'asthénie après les traitements, les oncologues ont précisé qu'une majorité des patientes avec un cancer du sein rapportait une fatigue pendant le traitement (chirurgie, radiothérapie, traitement antihormonal ou chimiothérapie) et jusqu'à 34 % des patientes pouvaient ressentir une certaine fatigue cinq à dix ans après la fin du traitement. Il leur paraissait ainsi probable l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes de la recourante et le traitement oncologique de 2012 (expertise oncologique, p. 3). D'un point de vue strictement oncologique, la reprise d'une activité professionnelle en tant que sommelière ou dégustatrice leur paraissait difficile au vu des symptômes décrits par la recourante et des limitations

fonctionnelles engagées. Dans une activité de bureau ou dans toute autre activité n'impliquant pas l'utilisation du membre supérieur gauche, une reprise du travail était envisageable selon les experts oncologues, à un taux initial partiel, avec une augmentation progressive jusqu'à 40 ou 60 % selon la tolérance de la patiente (expertise oncologique, p. 3).

Quant à l'expert neurologue, il a constaté que l'aspect des deux membres supérieurs était normal et symétrique et qu'il n'y avait pas d'anomalie des phanères. Les tissus mous étaient sensibles à la palpation de manière diffuse ne correspondant pas à une zone de gâchette d'un névrome. Les réflexes ostéotendineux étaient présents et symétriques et il n'y avait pas de déficit moteur. Il n'y avait pas non plus d'hypomyotrophie segmentaire. A l'examen de la force, la recourante déplorait quelques douleurs, grimaçait, mais la force était conservée. Il n'y avait par ailleurs pas d'ataxie cinétique. A l'examen de la sensibilité superficielle, la recourante décrivait une zone d'hypoesthésie et d'hypoalgésie intéressant l'ensemble du segment brachial et antébrachial à gauche épargnant la main et les doigts, ce qui ne correspondait pas à un territoire anatomique et ne parlait pas en faveur d'une douleur neuropathique. Il n'était pas retrouvé de trouble de la sudation locale, d'atrophie cutanée, de modification de la chaleur ou de la couleur des téguments, ces éléments allant contre un diagnostic de CRPS. Le sens postural était conservé ainsi que la pallesthésie. L'électromyogramme (EMG) du membre supérieur gauche était normal, sans argument en faveur d'une atteinte sur les fibres issues des nerfs médian, ulnaire et radial. Il n'y avait pas non plus de signe végétatif en faveur d'une éventuelle causalgie. Sur la base des éléments du dossier et de ses constatations, l'expert neurologue a écarté formellement les diagnostics évoqués au dossier de douleurs neuropathiques, de causalgies et de névrome d'un nerf intercosto-brachial. Il a exclu un substrat neurogène, en relevant la présence d'un tableau de type tendo-myogélotique au vu des douleurs reproductibles à la palpation. Les troubles sensitifs subjectifs étaient distribués de manière pseudo-anatomique et les tissus mous étaient assez diffusément sensibles à la palpation, ce qui orientait vers un syndrome douloureux atypique. Il a par ailleurs constaté que les douleurs étaient cotées au maximum de

l'échelle subjective chez une expertisée qui semblait plutôt détendue, voire souriante (expertise neurologique, p. 3 à 5 ; expertise consensuelle, p. 3 et 4). Compte tenu du tableau essentiellement subjectif, il était d'avis que la capacité de travail ne pouvait être évaluée qu'au terme d'un entretien de synthèse en tenant compte de la personnalité et des ressources de la recourante.

L'expert rhumatologue a pour sa part relevé l'absence de lésion tissulaire clairement objectivable susceptible d'expliquer les plaintes formulées par la recourante à la suite du curage axillaire gauche. Il n'y avait non plus pas d'élément orientant vers une étiologie infectieuse, inflammatoire, métabolique toxique, tumorale ou fracturaire. L'expert a aussi noté l'absence d'argument pour un éventuel syndrome douloureux régional complexe ou algodystrophie. L'origine de la symptomatologie douloureuse ne s'expliquait par aucune maladie ostéo-articulaire. Les limitations fonctionnelles des mouvements du membre supérieur gauche étaient essentiellement constituées par les douleurs, qui n'étaient pas explicables de manière prépondérante selon un modèle biomédical seul (expertise rhumatologique, p. 5). D'un point de vue rhumatologique strict, il ne pouvait dès lors pas justifier une incapacité de travail de longue durée dans quelque profession que ce soit. Etant donné que la recourante avait suivi une radiothérapie et subi un curage ganglionnaire, il était d'avis qu'on pouvait admettre que l'activité de sommelière n'était plus adaptée, de même que toutes les activités physiquement lourdes, nécessitant des mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, des mouvements d'élévation d'abduction au-dessus de 90 ° de l'épaule gauche et des mouvements de rotation extrême. Dans l'activité de dégustatrice et dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, la capacité de travail médico-théorique d'un point de vue rhumatologique était complète, avec une baisse de rendement de 20 % pour tenir compte de la symptomatologie douloureuse chronique (expertise rhumatologique, p. 6)

c) Sur le plan psychiatrique, la recourante déclarait se sentir par moment irritable, hyper-réactive et sensible. Elle indiquait que les

douleurs occupaient toute la place et affectaient parfois son moral, qui était décrit par elle comme ayant des hauts et des bas. Les baisses de moral étaient également occasionnées par les contacts médicaux, la recourante appréhendant les résultats des différents examens. Elle s'inquiétait également de tous les problèmes de santé qui survenaient, se demandant s'ils pouvaient avoir un rapport avec une possible récurrence du cancer. Elle ne se disait pas déprimée, mais plutôt affectée par la tension liée aux douleurs et par l'anxiété liée à la peur d'une récurrence de cancer. Il y avait également des moments de découragement. Interrogée sur les idées noires, elle n'en rapportait pas au moment de l'expertise (expertise psychiatrique, p. 3 et 4 ; expertise interniste, p. 9). L'expert psychiatre a rappelé que la recourante avait présenté un premier épisode dépressif en 1994 à la suite de sa séparation d'avec son premier mari. Ce premier épisode avait nécessité un suivi psychiatrique avec un traitement antidépresseur et avait évolué vers la guérison complète selon la recourante. Une rechute dépressive était survenue à l'annonce du cancer en 2012, pour laquelle elle a bénéficié, à partir de décembre 2014, d'un suivi par le Dr C._____, avec prescription d'anxiolytiques (expertise psychiatrique, p. 3). A l'examen, l'expert n'a pas observé de ralentissement, de fatigue ou de fatigabilité chez l'expertisée à l'hygiène et à l'habillement conservés. Il n'y avait pas de trouble de l'attention, de la vigilance, de la concentration ou de la mémoire. Il n'y avait pas non plus de trouble du langage ni de l'orientation. Le discours, un peu laconique au début, était structuré et finalement participatif et informatif. Le contenu était davantage axé sur les éléments factuels avec une relative pauvreté à l'évocation des éléments affectifs. La thymie était légèrement abaissée mais restait modulable avec une adéquation idéo-affective. La recourante ne décrivait pas de rumination, elle gardait du plaisir à des activités et à rencontrer des amis, et l'appétit était bon. Le sommeil était troublé en raison des douleurs physiques. Il n'y avait pas de signe d'anxiété perceptible. L'expert ne constatait pas non plus de trouble du moi ou de la lignée psychotique. Hormis des difficultés à entrer dans un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) depuis 2013, la recourante ne décrivait pas d'autres phobie ou cause de panique (expertise

psychiatrique, p. 3 ; expertise interniste, p. 9 et 11 ; expertise consensuelle, p. 4).

En se basant en particulier sur les éléments contenus dans le dossier, sur ses propres constatations et sur le récit anamnestique de la recourante, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), et de status post-cancer. Il a expliqué que le nombre limité de symptômes (altération de l'humeur, anxiété liée à l'état de santé avec appréhension d'une récurrence d'un cancer, fatigue alléguée, difficultés de concentration et de la mémoire mentionnées dans le dossier et également alléguées par la recourante) et le degré modéré de gravité le conduisaient à retenir ce diagnostic d'état dépressif léger (expertise psychiatrique, p. 5 ; expertise consensuelle, p. 4). L'épisode dépressif était considéré de sévérité légère depuis 2014. A ce propos, l'expert a précisé que la recourante signalait que l'épisode actuel n'avait jamais été aussi important que celui de 1994 et que l'anamnèse recueillie pour l'expertise ne mentionnait pas un état plus sévère depuis 2014 qui se serait amélioré avec la prise en charge spécifique. L'élément de récurrence était retenu en raison d'un premier épisode dépressif en 1994 avec rémission complète entre ce premier épisode et l'actuel (expertise psychiatrique, p. 5 ; expertise consensuelle, p. 4). L'expert a par ailleurs examiné l'éventualité d'un trouble de la personnalité et a expliqué les raisons l'ayant conduit à exclure un tel diagnostic. Il a en particulier observé qu'il n'y avait pas de déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. Il n'y avait pas non plus dans la trajectoire affective, sociale et professionnelle de la recourante des attitudes et comportements nettement disharmonieux, ni de mode de comportement anormal, profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Au contraire, sa trajectoire existentielle révélait des ressources adaptatives et une faculté d'établir et de maintenir des relations affectives stables et satisfaisantes. Le parcours professionnel de la recourante, qui avait travaillé pour un même employeur durant plusieurs années, n'avait non plus jamais été impacté négativement par un dysfonctionnement psychique quelconque.

Par ailleurs, l'entretien avec l'expert ne révélait aucun trait de caractère pathologique (expertise psychiatrique, p. 5 ; expertise consensuelle, p. 4).

L'expert a ensuite mentionné avoir examiné les capacités, les ressources et les difficultés de la recourante en se référant au cadre institué par la mini CIF-APP. Il a ainsi retenu une obnubilation par les douleurs qui rendait la recourante peu à même d'amorcer des activités spontanées avec une tendance au repli et qui entraînait des difficultés à s'insérer dans un groupe et à entretenir des relations sociales. La capacité d'endurance semblait également entamée. Il a noté que les relations intrafamiliales étaient conservées, de même que les autres capacités énumérées par la mini CIF (expertise psychiatrique, p. 6), ce qui est corroboré par les autres éléments relevés dans le cadre de l'expertise. Les experts ont en effet noté que la recourante avait travaillé pendant plusieurs années pour le même employeur, ce qui ressort également du dossier, et qu'elle s'était présentée à l'heure aux différents entretiens d'expertise (notamment expertise psychiatrique, p. 4 ; expertise interniste, p. 12), ce qui démontre une capacité d'adaptation à des règles et routines. Il ne ressort pas de l'expertise que des troubles pouvant impacter la capacité de planification et de structuration des tâches aient été constatés. En particulier, l'observation clinique par l'expert psychiatre ne mettait pas en évidence de trouble de l'attention, de la vigilance, de la concentration ou de la mémoire. La personnalité de la recourante était jugée structurée et équilibrée (expertise consensuelle, p. 5). Les experts ont en outre relevé que la recourante avait jusqu'alors montré de bonnes capacités d'adaptation. Après un premier épisode dépressif à son divorce, elle avait reconstruit sa vie et fondé une nouvelle famille (expertise consensuelle, p. 5). La recourante était autonome dans ses déplacements, elle disposait d'une voiture et disait ne pas être limitée dans la conduite (expertise interniste, p. 11). Elle indiquait également pouvoir marcher sans limite à partir du moment où sa main gauche n'était pas ballante (expertise interniste, p. 11). La recourante disposait par ailleurs de bonnes ressources externes avec un mari décrit comme compréhensif, une entente familiale décrite comme harmonieuse et heureuse, et un réseau amical satisfaisant (expertise psychiatrique, p. 3 ; expertise consensuelle,

p. 5). Les experts ont également recueilli la description d'une journée type de la recourante. Il en ressort que la recourante s'occupe de donner à manger à ses cinq chats et à son chien, et qu'elle promène ce dernier deux fois par jour. Elle effectue quotidiennement quelques tâches ménagères et bénéficie de l'aide de sa famille pour les tâches qu'elle ne peut pas accomplir, notamment les courses. Elle prépare les repas de midi et du soir. Elle reçoit parfois ses petits-enfants l'après-midi (expertise interniste, p. 11 ; expertise neurologique, p. 3). Les experts ont également relevé que la recourante gardait du plaisir à des activités. Elle allait aux champignons, elle faisait de la marche en montagne avec son mari, elle partait en vacances, elle lisait des revues et des romans, et il lui arrivait de faire des jeux sur la tablette de sa fille (expertise interniste, p. 11). L'expert psychiatre s'est par ailleurs déterminé sur le traitement, soulignant à ce propos que le suivi psychiatrique intégré mené *lege artis* contribuait à stabiliser la situation sur le plan psychique et empêchait probablement une décompensation dépressive plus sévère. Il n'a par ailleurs relevé aucun élément d'incohérence (expertise psychiatrique, p. 5 et 6). Il a considéré que les douleurs par la mobilisation psychique qu'elles entraînaient avaient pour conséquence une baisse de rendement de 30 % quelle que soit l'activité envisagée (expertise psychiatrique, p. 6).

d) A l'issue de leur appréciation consensuelle, les experts ont conclu que la recourante ne pouvait plus exercer l'activité de sommelière, mais que sa capacité de travail était de 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %, dans l'activité de dégustatrice ou dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charge excédant 10 kg avec le membre supérieur gauche, ni de travail avec le membre supérieur gauche au-dessus du plan de l'épaule. Même si le rapport d'évaluation consensuelle mentionne une capacité de travail résiduelle de 70 % et que le rapport de l'experte interniste mentionne tantôt une capacité de travail de 70 %, tantôt de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %, l'experte interniste, qui est l'experte principale, précise bien qu'en tant que dégustatrice et dans toute activité adaptée, la capacité de travail porte sur 8h00 par jour (expertise interniste, p. 13 et 14) et qu'une diminution de rendement de 30 % est

induite par le syndrome douloureux chronique, la fatigue et l'épisode dépressif. Les experts rhumatologiques et psychiatriques ont eux aussi retenu une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement. Malgré la formulation, il n'y a pas de doute sur le fait que les experts ont retenu que dans une activité adaptée la recourante présentait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %. Le SMR souligne du reste que l'expertise retient une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 30 %.

e) Il convient de relever que l'appréciation consensuelle sur la capacité de travail de la recourante n'est pas sérieusement remise en doute par les experts oncologues. Pour leur analyse, ces derniers ont retenu une origine neuropathique des douleurs, laquelle a cependant été écartée par le consensus d'experts sur la base des conclusions motivées de l'expert neurologue. Par ailleurs, l'appréciation des experts oncologues ne repose pas sur des constatations objectives, mais uniquement sur la littérature et les plaintes de la recourante. Ils n'expliquent pas pourquoi la capacité de travail serait réduite entre 40 et 60 % dans une activité adaptée. Force est de constater qu'ils ont donné une fourchette assez large sur la capacité de travail sans réelle motivation. Contrairement à l'appréciation des oncologues, l'évaluation consensuelle tient compte de l'ensemble des éléments, elle repose sur les constatations objectives faites par chaque spécialiste, et tient compte des ressources de la recourante et de l'impact des limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne. Les limitations fonctionnelles relevées par les oncologues ont dûment été prises en compte dans l'appréciation consensuelle dès lors qu'elles relèvent également d'autres domaines de spécialité. Les douleurs et la fatigue décrites par la recourante ne sont aucunement niées par le consensus d'experts, mais ont fait l'objet d'une évaluation qui tient compte de l'ensemble de la situation médicale. Il peut encore être souligné que les limitations fonctionnelles mentionnées par l'oncologue traitant, à savoir une diminution de la force et de la mobilité du bras gauche, ont été prises en considération dans le cadre de l'expertise.

f) Il y a lieu de constater ensuite que les rapports médicaux au dossier ne suffisent pas à jeter le doute sur les conclusions de l'évaluation consensuelle de l'expertise.

Le Prof. Z._____, qui suspecte un névrome du nerf intercosto-brachial et suggère une révision microchirurgicale, critique l'expertise, notamment l'appréciation de l'expert neurologue, dans un rapport du 10 juillet 2020. Contrairement à ce que soutient le Prof. Z._____, l'expert neurologue a examiné minutieusement le diagnostic de névrome du nerf intercosto-brachial et l'a expressément écarté (expertise neurologique, p. 4 et 5 ; expertise consensuelle, p. 3 et 4). Il n'a notamment pas détecté d'atteinte sur les fibres issues des nerfs médian, ulnaire et radial, ni de signe végétatif. Il a par ailleurs constaté que les tissus mous étaient sensibles à la palpation de manière diffuse, ce qui ne correspond pas à une zone de gâchette d'un névrome. A relever que l'examen de l'expert rhumatologue n'a pas mis en évidence d'étiologie tumorale, ni de lésion tissulaire. A noter aussi que le SMR a répondu à l'argument du Prof. Z._____ s'agissant de la valeur probante de l'EMG pratiqué par l'expert, en expliquant que cet examen avait eu un volet de conduction motrice et avait exploré la conduction nerveuse sensitive qui était dans les limites de la norme. Les critiques formulées par le Prof. Z._____ ne sont pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert neurologue. L'appréciation de ce spécialiste prévaut sur les suspicions d'un anesthésiste, qui ne sont corroborées par aucun élément du dossier, étant au demeurant rappelé que les neurologues consultés par la recourante ont eux aussi conclu à l'absence d'atteinte neurologique.

Dans son rapport du 17 avril 2020, le Dr C._____ critique quant à lui l'appréciation psychiatrique de l'expertise qui contiendrait des lacunes. Il convient tout d'abord de relever que l'appréciation de l'expert psychiatre ne saurait être remise en doute par le simple fait que son rapport d'expertise renvoie aux éléments généraux figurant dans le rapport de l'experte principale, notamment pour ce qui concerne la synthèse du dossier ou la description d'une journée type, d'autant plus

que l'anamnèse faite par l'experte interniste est complète. Le Dr C._____ ne prétend du reste pas que l'expert psychiatre aurait omis de tenir compte de certaines pièces médicales. L'expertise de P._____ faisant partie intégrante du dossier, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir pris connaissance de ce document et de l'avoir cité quand bien même cette expertise ait été considérée comme non probante. Les autres griefs formulés par le psychiatre traitant à l'encontre de l'expertise psychiatrique de O._____ sont également infondés. En particulier, l'appréciation des troubles anxieux et phobiques est certes relativement brève mais bien présente dans l'expertise, contrairement à ce que soutient le psychiatre traitant (notamment p. 3, 4 et 5 de l'expertise psychiatrique : « cette phobie [réd : entrer dans un appareil d'IRM] est isolée, il n'y a aucune autre situation phobogène » ; « il n'y a pas de signe d'anxiété perceptible », « le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, est retenu en présence [...] d'une anxiété liée à son état de santé [...] »). Ensuite, comme relevé par le SMR (cf. avis du 30 novembre 2020), les critères de dépression sont mentionnés, même si certains ne figurent pas dans le rapport de l'expert psychiatre mais dans la partie consensuelle de l'expertise. Le SMR a également souligné que la dysthymie n'avait pas à être évoquée dans l'expertise à partir du moment où un trouble dépressif récurrent était retenu. Le Dr C._____ reproche également à l'expert psychiatre de ne pas s'être déterminé expressément sur la présence d'une phase maniaque ou hypomane, ni sur l'éventualité d'un trouble somatoforme. Or aucun trouble maniaque ou trouble somatoforme n'a jamais été mentionné par le psychiatre traitant ou par les autres médecins consultés par la recourante. Contrairement à ce que prétend le Dr C._____, l'expert s'est prononcé sur les troubles de la personnalité et a expliqué de manière étayée les raisons l'ayant conduit à exclure la présence d'un tel trouble. L'expert a aussi formellement écarté la présence d'un trouble psychotique. L'expert psychiatre a par ailleurs apprécié la situation en application des indicateurs posés par la jurisprudence, ce qui ressort non seulement de son rapport d'expertise, mais aussi du rapport d'évaluation consensuelle. Le fait que le SMR ait indiqué dans son avis du 30 novembre 2020 que la recourante avait arrêté son suivi psychiatrique (sur la base du rapport du 17 avril 2020 du

psychiatre traitant), alors qu'elle a simplement changé de psychiatre, ne modifie rien à l'appréciation de l'expert psychiatre qui a simplement relevé qu'il ne connaissait pas le nom du nouveau thérapeute. Relevons encore que le diagnostic de trouble dépressif posé par le psychiatre traitant a été retenu par l'expert psychiatre. L'avis de l'expert se distingue de celui du psychiatre traitant au sujet du degré de gravité du trouble, étant précisé que l'expert a expliqué de manière convaincante les raisons l'ayant conduit à retenir un épisode de degré léger. Il peut être rappelé que la Cour de céans avait estimé que les avis du psychiatre traitant n'étaient pas suffisamment détaillés pour emporter la conviction. Or le Dr C._____ ne fournit pas d'argument nouveau ou supplémentaire dans son dernier rapport pour reconnaître une pleine valeur probante à son appréciation.

Dans son rapport du 20 janvier 2021, le Dr S.V._____ reconnaît que l'expertise psychiatrique est bien faite et correspond à sa rencontre initiale avec la recourante. Il ajoute toutefois qu'après plusieurs mois de suivi et une alliance thérapeutique, l'envers du décor s'est révélé différent, ce qui justifie une reconsidération de la capacité de travail et d'adaptation de la recourante. Les éléments avancés par le nouveau psychiatre traitant ne sont toutefois pas de nature à mettre en doute l'appréciation des experts. Il pose de nouveaux diagnostics sans les étayer suffisamment. Comme relevé par le SMR (cf. avis du 25 mars 2021), le psychiatre traitant retient une agoraphobie, sans fournir d'élément suffisant à l'appui de ce diagnostic, comme des difficultés de déplacement. Le psychiatre traitant ajoute qu'une composante anxieuse surajoutée n'est pas exclue, ce qui constitue une hypothèse qui n'a pas été vérifiée. Il fait état d'angoisses d'autant plus lors de contextes qui impliquent la justice ou une figure d'autorité ; or de tels contextes paraissent limités. Il y a lieu de constater par ailleurs que le rapport médical du Dr S.V._____ a été établi quelques mois après la réception du projet de décision de refus de prestations et un mois après la décision de l'intimé confirmant ce rejet. Une réaction anxieuse peut ainsi intervenir après la connaissance d'un refus d'octroyer une rente, mais elle ne saurait être prise en considération dans l'évaluation du caractère invalidant. Le

psychiatre traitant signale également qu'un trouble de la personnalité paranoïaque semble être rempli quand bien même d'autres éléments pourraient également pencher en faveur d'un trouble mixte de la personnalité. Se faisant il ne pose pas un diagnostic précis, mais émet des hypothèses qui ne sont pas vérifiées par les éléments du dossier, étant rappelé que l'expert psychiatre a examiné la question d'un trouble de la personnalité et l'a exclu de manière étayée. Ensuite, comme le souligne le SMR, le psychiatre traitant n'apporte pas d'éléments pour justifier d'une intensité dépressive plus sévère qu'au moment de l'expertise. Il peut encore être relevé que les symptômes mentionnés par le nouveau psychiatre traitant ont été pour la plupart déjà évoqués précédemment par le Dr C._____ et ont été pris en compte par les experts. Le psychiatre traitant évoque des difficultés avec la fratrie, que la recourante n'a pas mentionnées aux experts, mais qui avaient été signalées au Dr C._____ puisque ce dernier mentionnait une situation personnelle difficile en lien avec une problématique d'héritage dans son rapport du 19 décembre 2014. Quoi qu'il en soit le fait d'être pris avec ses frère et sœur dans une succession conflictuelle est un élément contextuel qui ne relève pas du champ médical. Le Dr S.V._____ constate que c'est plutôt la persistance des douleurs qui mobilisent et fragilisent passablement l'état psychique de la recourante et non l'inverse. Or l'expert psychiatre a retenu une diminution de rendement précisément en raison de la mobilisation psychique due aux douleurs. Le psychiatre traitant précise encore que la recourante se décrit plus lente à l'exécution de ses tâches ménagères (elle n'exerce pas d'activité professionnelle) avec une diminution de capacité qu'elle estime de 30 à 50 %, ce qui est proche de la diminution de rendement finalement retenue par les experts pour une activité professionnelle. On relèvera encore que le Dr S.V._____ se fonde essentiellement sur les déclarations de sa patiente, qu'il retranscrit, sans en faire une appréciation objective et distanciée.

La recourante trouve davantage fiable l'appréciation de ses médecins qui l'ont suivie sur une longue durée que l'appréciation des experts. Or la durée de l'examen n'est pas un argument pour déterminer la qualité de l'évaluation, les expertises étant forcément effectuées sur la

base d'un examen clinique effectué à un instant donné, mais sur la base d'un dossier médical complet. C'est justement le lien thérapeutique qui lie au fil du temps le médecin traitant et son patient qui peut rendre son appréciation délicate et influencée (consid. 4g *supra*).

La recourante allègue encore que l'expert psychiatre aurait procédé à un jugement de valeur en décrivant une « obnubilation par les douleurs ». Il ressort toutefois du rapport d'expertise que cette constatation repose sur les déclarations de la recourante (cf. expertise psychiatrique, p. 4 : « elle se décrit comme obnubilée par la douleur » ; p. 3 : la recourante dit que la douleur « occupe toute la place »), étant précisé que le rapport d'expertise ne laisse transparaître aucune prévention de la part de l'expert et que la recourante n'allègue du reste pas que l'expert aurait fait preuve de partialité.

En définitive, les conclusions de l'appréciation consensuelle de l'expertise ne sont pas valablement remises en cause par les médecins traitants de la recourante. C'est donc à juste titre que l'intimé s'est basé sur le rapport d'expertise pour rendre la décision litigieuse.

6. Le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté, de même que l'évaluation économique sur le ménage. L'intimé a fixé le statut d'active à 80 % depuis 2013, au lieu du taux de 70 % retenu par la Cour de céans dans son arrêt du 29 octobre 2018, sans que cela n'ait d'incidence sur le droit à la rente, le degré d'invalidité étant quoi qu'il en soit inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. Il n'y a pas non plus lieu d'examiner plus avant le droit aux mesures d'ordre professionnel qui a été nié et qui n'est pas contesté par la recourante.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause.

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 1^{er} décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- 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 :