

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 mars 2022

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeuse et d'employée de maison, ainsi que d'un diplôme de paysanne. Elle a travaillé à temps partiel (horaire variable) pour le compte de deux sociétés de sondage, K.\_\_\_\_\_ AG et M.\_\_\_\_\_ AG. Par ailleurs, elle a été employée en tant que caissière, à plein temps du 8 mars 2010 au 18 septembre 2010, auprès du magasin W.\_\_\_\_\_ de [...].

En incapacité de travail totale depuis le 6 octobre 2010, 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) le 12 octobre 2011. En raison d'un cancer du sein droit de stade III A, elle avait subi une chimiothérapie, suivie d'une mastectomie droite le 29 mars 2011, puis d'une radiothérapie jusqu'à la fin juin 2011, ainsi qu'une hormonothérapie et bénéficié, depuis la mastectomie, d'un traitement de drainage lymphatique hebdomadaire.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés (rapports des 1<sup>er</sup> juillet, 21 octobre et 22 novembre 2011 ainsi que 20 janvier 2012 de la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale ; rapport du 7 mars 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale ; rapport du 5 juin 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie ; note de suivi relative à un entretien téléphonique du 7 juin 2012 entre un collaborateur de l'OAI et la Dre N.\_\_\_\_\_, du Service d'oncologie du CHUV) qu'il a ensuite soumis pour examen au Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] ; avis du 18 juillet 2012 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail), lequel a retenu l'atteinte principale à la santé de status post carcinome invasif du sein droit en rémission actuellement et a fixé une capacité de travail nulle de l'assurée dans son activité habituelle dès le 6 octobre 2010, une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée dès le 20 janvier 2012, de 50 % dès le 7 mars 2012 et enfin de 100 % dès le 5 juin 2012. Les limitations

fonctionnelles étaient la fatigue, un sommeil perturbé, des bouffées de chaleur nocturne, une inaptitude aux activités du membre supérieur droit et le port de charges supérieures à deux kilos.

L'OAI a encore recueilli un rapport du 18 juillet 2012 de la Dre N. \_\_\_\_\_ puis l'a soumis pour examen au SMR (avis du 15 août 2012 du Dr X. \_\_\_\_\_), lequel a maintenu les conclusions de son avis du 18 juillet 2012.

A la suite de la contestation par l'assurée de la capacité de travail, l'OAI a mis en œuvre une expertise de médecine interne et confié le mandat au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, lequel a rendu son rapport d'expertise le 29 décembre 2012. Posant les diagnostics incapacitants de carcinome canalaire invasif du sein droit cT3, cN1, M0 (C50) diagnostiqué en octobre 2010, de status après chimiothérapie néoadjuvante du 22 novembre 2010 au 28 mars 2011, de status après mastectomie droite et curage axillaire le 29 mars 2011, de status après radiothérapie terminée fin juin 2011, d'hormonothérapie de Tamoxifene en cours et d'un lymphœdème persistant du membre supérieur droit, l'expert a relevé également, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles anxieux réactionnels, une vraisemblable neuropathie ulnaire gauche ainsi qu'une probable gonarthrose droite. Si la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle (vendeuse) depuis le 6 octobre 2010, elle était par contre de 100 % depuis juin 2012 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (le port de charges limitées à deux ou trois kilos de manière uniquement occasionnelle, les mouvements soutenus et répétés du membre supérieur droit, les travaux impliquant des efforts au-dessus de l'horizontale des épaules ainsi que la pince entre le bras droit et le thorax, et les travaux nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux).

Après avoir recueilli les avis des divers médecins consultés par l'assurée (rapport du 22 janvier 2013 de la Dre N. \_\_\_\_\_ ; rapport du 20 mars 2013 de la Prof. R. \_\_\_\_\_ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV ; rapport du 6 octobre 2013 de la Dre

T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique psychiatrique de l'assurée réalisé le 29 août 2013 dans les locaux du SMR de [...]. Selon le rapport établi le 31 octobre 2013 par la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, l'examen ne mettait en évidence aucun trouble incapacitant, mais uniquement un trouble d'adaptation, avec prédominance de la perturbation d'autres émotions, sans répercussion sur la capacité de travail qui, d'un point de vue psychiatrique, était de 100 % sans limitations fonctionnelles.

Diverses mesures d'ordre professionnel en faveur de l'intéressée tentées depuis janvier 2014 n'ont finalement pas abouti.

Des documents ont encore été produits par la Prof. R.\_\_\_\_\_  
(rapports du 4 septembre 2014) puis soumis pour examen au SMR (avis médical du 7 octobre 2014 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale).

Par préavis du 24 février 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> octobre 2011 au 30 septembre 2012.

Dans le cadre de l'instruction des éléments produits par l'assurée à l'appui de ses objections des 27 mars et 28 mai 2015 sur ce projet de décision (rapport du 19 mai 2015 de la Dre N.\_\_\_\_\_), et après avoir recueilli un rapport complémentaire du 23 février 2016 de cette spécialiste, l'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise de médecine interne au Dr I.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 16 juillet 2016, l'expert a posé des diagnostics incapacitants identiques à ceux retenus en décembre 2012 ainsi que ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de neuropathie ulnaire gauche stable, de gonarthrose droite débutante, de lombalgies intermittentes et de déficit modéré de la mémoire épisodique. Estimant que « ce sont essentiellement les séquelles des traitements oncologiques qui déterminent les limitations fonctionnelles persistant depuis 2012 » ainsi qu'en présence de

traitements conduits dans les règles de l'art et sans option thérapeutique encore ouverte, le Dr I. \_\_\_\_\_ a confirmé son évaluation de la capacité travail résiduelle de l'assurée effectuée en décembre 2012, soit la prise en compte d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 6 octobre 2010 dans l'activité de vendeuse avec port de charges, et d'une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée dès le 20 janvier 2012, de 50 % dès le 7 mars 2012 et enfin de 100 % dès le 5 juin 2012. En l'absence de nouvelles limitations fonctionnelles, et en opposition à l'avis de la Dre N. \_\_\_\_\_, l'expert retenait uniquement une perte de rendement de quelques pourcents (inférieure à 10 %) dans l'exercice d'une activité adaptée en raison « d'une asthénie, d'origine peu claire, éventuellement résiduelle après la maladie oncologique et les troubles de la mémoire épisodiques ».

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 9 mars 2017, confirmé son préavis du 24 février 2015.

Par arrêt du 16 mai 2018, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a rejeté le recours déposé le 24 avril 2017 par l'intéressée (CASSO AI 133/17 - 141/2018). En résumé, la Cour de céans a constaté qu'en se fondant sur les rapports d'examen clinique des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_ ainsi que du 31 octobre 2013 de la Dre O. \_\_\_\_\_, l'OAI avait retenu que la recourante présentait à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2012 une capacité de travail totale, avec une baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce que l'intéressée contestait, considérant que sa capacité de travail était de 30 % en revendiquant une rente entière. Les différentes atteintes à la santé physique avaient été constatées par le Dr I. \_\_\_\_\_ dans ses deux expertises des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016 qui remplissaient les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, et sans que les autres documents médicaux figurant au dossier n'étaient de nature à remettre en cause les conclusions desdites expertises. En particulier, il ne ressortait d'aucun document du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV que les atteintes de déficit de mémoire épisodique et d'état dépressif, telles que relevées par

la Dre N.\_\_\_\_\_, justifiaient une capacité de travail de 30 %. Quant à l'état dépressif, dans son rapport du 6 octobre 2013, la Dre T.\_\_\_\_\_ ne mentionnait pas de diminution de la capacité de travail. Le rapport du 18 juillet 2017 du Service d'oncologie médicale du CHUV relayait les propos de l'intéressée sans objectiver la diminution de la capacité de travail, étant précisé que les limitations fonctionnelles relevées dans ce document avaient en outre été prises en compte par le Dr I.\_\_\_\_\_. Sur le plan neuropsychologique, dans son expertise du 16 juillet 2016, ce dernier retenait une éventuelle perte de rendement de quelques pourcents pour tenir compte de l'asthénie, et il convenait de suivre les conclusions de la Dre T.\_\_\_\_\_ et de la Prof. R.\_\_\_\_\_ confirmées par l'expert qui allaient également dans le sens de l'examen clinique du 31 octobre 2013 de la Dre O.\_\_\_\_\_. Enfin, du point de vue ophtalmique, le rapport du 5 juin 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_ confirmait l'absence de diagnostic incapacitant. Le tribunal a encore constaté que, concernant le taux d'invalidité, les calculs de l'OAI reposaient sur des données inexactes, mais sans toutefois influencer le droit à la rente ; la comparaison d'un revenu sans invalidité de 52'647 fr. 80 et d'un revenu avec invalidité, non critiquable, de 45'738 fr. 81 aboutissait à une perte de gain de 6'908 fr. 99, d'où un degré d'invalidité à 13,12 %, en deçà du seuil minimal de 40 % pour le maintien du droit à la rente au-delà du 30 septembre 2012 (CASSO AI 133/17 - 141/2018 du 16 mai 2018 consid. 4 - 5).

Cet arrêt n'a pas été contesté.

**b)** Le 14 mars 2019, l'OAI a enregistré le dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité par l'assurée. Travaillant à temps partiel (horaire variable) pour le compte de M.\_\_\_\_\_ AG, celle-ci indiquait présenter une incapacité totale de travail depuis le 15 décembre 2017 en raison d'une « tumeur à cellule géante » diagnostiquée à la fin juillet 2017, source d'une fatigue, de soucis dentaires et de dos ainsi que du système immunitaire.

Le 20 juin 2019, dans le cadre de son instruction du cas, l'OAI a reçu un rapport du 19 juin 2019 adressé à son médecin-conseil par la Dre N.\_\_\_\_\_, dont il ressort ce qui suit :

“Nous vous envoyons ce jour un rapport médical détaillé concernant la situation de Mme A.\_\_\_\_\_ née le [...].

Nous suivons Mme A.\_\_\_\_\_ dans notre consultation d'oncologie depuis 2010 pour un diagnostic de carcinome canalaire de sein droit de haut grade, traité par chimiothérapie d'induction avec une mastectomie suivie d'une hormonothérapie pendant une durée de plus de 5 ans. Mme A.\_\_\_\_\_ a été également récemment diagnostiquée d'une nouvelle tumeur maligne à cellules géantes ténosynoviale du genou droit en octobre 2017, pour laquelle un traitement ciblé par imatinib a été évoqué par les orthopédistes. Cependant, le traitement n'étant pas encore enregistré dans cette indication en Suisse, des négociations avec l'assurance maladie sont toujours en cours.

Concernant l'état de santé de Mme A.\_\_\_\_\_ par rapport à l'état antérieur au diagnostic de son cancer du sein et du cancer du genou : suite au traitement de chimiothérapie reçu et également au traitement chirurgical, Mme A.\_\_\_\_\_ présente des douleurs en regard de sa cicatrice de mastectomie ainsi qu'au niveau du membre supérieur droit avec un œdème lié au curage ganglionnaire, pour lesquelles la patiente bénéficie actuellement de séances de drainages lymphatiques. Mme A.\_\_\_\_\_ présente également des troubles de la mémoire assez conséquents avec des troubles de la concentration, pour lesquels elle a été évaluée à plusieurs reprises à la consultation du Prof. R.\_\_\_\_\_ en neuropsychologie au CHUV. Ces troubles de la mémoire ont limité, de manière significative, les fonctions cognitives de Mme A.\_\_\_\_\_, à savoir que la patiente a essayé de reprendre une activité professionnelle qui a été toujours limitée par ses fonctions cognitives limitées et ayant motivé souvent un licenciement, ce qui a provoqué et provoque toujours un stress majeur psychologique qui selon l'évaluation neuropsychologique affecte et péjore les troubles de la mémoire décrits par la patiente.

Concernant le cancer osseux, Mme A.\_\_\_\_\_ décrit des douleurs au niveau du genou droit, qui limitent sa mobilité avec une station debout qui est difficile.

Mme A.\_\_\_\_\_ est actuellement en arrêt de travail à 100 % depuis décembre 2017. La patiente avait une activité professionnelle à 40% auparavant.

Concernant la question du pronostic du point de vue oncologique : concernant le cancer du sein, la patiente est actuellement en rémission. Il s'agit bien d'un cancer de haut grade avec un risque de récurrence qui reste conséquent, raison pour laquelle des suivis cliniques trimestriels et radiologiques fréquents sont indiqués. Concernant la tumeur du genou droit qui n'est pas traitée pour le moment, le risque est une évolution locale importante avec une impotence fonctionnelle, il s'agit bien d'un pronostic sur la fonctionnalité de son membre inférieur droit. Des suivis cliniques et

radiologiques par IRM [imagerie par résonance magnétique] sont également organisés régulièrement.”

Le 9 septembre 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit à un questionnaire complémentaire de l'OAI :

*“1. Depuis quand le diagnostic de tumeur ténosynoviale du genou droit a-t-il une répercussion sur la capacité de travail ?*

Mme A.\_\_\_\_\_ a été diagnostiquée en octobre 2017 d'une tumeur maligne à cellules géantes ténosynoviale du genou droit.

*2. Quelle est l'évolution de cette incapacité de travail sur une activité de type sédentaire comme employée de bureau ou de télémarketing, réceptionniste, etc ?*

En réponse à votre question, la tumeur du genou en soi est à l'origine de douleurs au niveau du membre inférieur qui retentiraient sur une potentielle activité en position debout ou assise longtemps. Cependant, concernant une activité d'employée de bureau de télémarketing/réceptionniste, il faudra juste signaler que la patiente présente des troubles de concentration et de mémoire qui peuvent notamment altérer ses capacités dans ce domaine.

*3. Quelle est la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ?*

Mme A.\_\_\_\_\_ est en arrêt de travail à 100% depuis décembre 2017. Elle avait entrepris une activité professionnelle à 40% arrêtée en raison du manque de travail adapté et notamment à cause de ces troubles de mémoire, et de concentration. En se basant sur les anciennes évidences, une reprise de l'activité professionnelle à l'état actuel semble difficilement envisageable.

*4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, trouble de la fatigue, trouble de la concentration et de la mémoire et douleurs au niveau du membre inférieur droit ainsi que les douleurs en regard du membre supérieur droit opéré contre indiquant certaines activités mobilisant le membre supérieur droit.

*5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail attestés depuis mars 2017 ?*

La patiente était en arrêt de travail à 60% jusqu'à décembre 2017 où l'arrêt de travail est de l'ordre de 100% jusqu'à présent.

*6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

La patiente est sous traitement d'hormonothérapie avec très bonne compliance. Concernant la tumeur du genou, nous sommes toujours en attente d'une réponse de l'assurance pour la prise en charge d'un traitement ciblé d'imatinib qui n'est malheureusement pas enregistré dans cette indication en Suisse. Les négociations sont toujours en cours.

*7. Quel est le pronostic quand à une reprise/augmentation de l'activité professionnelle ?*

Une reprise de l'activité professionnelle à l'état actuel semble difficilement envisageable."

Le 21 février 2020, agissant par son conseil en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'assurée a demandé à l'OAI la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Elle a transmis à cet effet un rapport du 17 janvier 2020 consécutif à un examen neuropsychologique ambulatoire des 24 décembre 2019 et 8 janvier 2020 réalisé par la Dre P.\_\_\_\_\_, psychologue adjointe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV, mettant en évidence un déficit en mémoire de travail (composante de gestion des interférences non testée auparavant) associé à un fléchissement attentionnel (relevé cliniquement lors de l'apprentissage d'une liste de mots) ainsi qu'une fatigue cognitive et psychique sévère auto-rapportée. En comparaison avec le dernier bilan neuropsychologique de 2014, il était relevé une évolution légèrement favorable avec la normalisation des performances mnésiques antérogrades verbales. Les difficultés de mémoire de travail et la fatigue/fatigabilité étaient de nature à limiter la capacité de travail de manière significative qui devait s'évaluer dans le contexte médical global (aspects oncologiques, locomoteurs et psychologiques). Un suivi psychothérapeutique avait été recommandé de manière prioritaire à l'assurée.

Aux termes d'un avis du 3 mars 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé, sur la base des renseignements médicaux au dossier, que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était toujours de 100 %, avec une baisse de rendement de 15 %, soit 85 % comme lors de la demande de prestations initiale mais avec l'ajout de limitations fonctionnelles, soit l'alternance de la position assise/debout en rapport avec le membre inférieur droit.

Interpellée dans l'intervalle par l'OAI en lien avec l'évolution du cas depuis septembre 2019, la Dre N.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport du 27 avril 2020 à l'intention du médecin-conseil de cet office faisant part du maintien de l'arrêt de travail à 100 % de l'assurée qui se plaignait de la persistance de douleurs au membre inférieur droit pour lesquelles une

activité en position assise prolongée et debout restait très limitée avec la persistance, également, des troubles de la mémoire et de la concentration connus limitant significativement son quotidien. Une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'intéressée était prévue en juillet 2020.

Le 22 septembre 2020, la Dre N.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit au questionnaire complémentaire de l'OAI reçu dans l'intervalle :

*“1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Comme vous le savez, nous suivons la patiente à la consultation d'oncologie au CHUV dans le cadre de 2 tumeurs, cancer du sein localement avancé ainsi qu'une tumeur maligne à cellules géantes ténosynoviale du genou droit. Le bilan radiologique pour le cancer du sein ne montre pas de signe de récurrence. La patiente est actuellement sans traitement pour sa tumeur géante, pour laquelle et suite à un refus de prise en charge de traitement ciblé d'imatinib par l'assurance de base et une surveillance active a été proposée.

*2. Quelle est la capacité de travail dans une activité de type sédentaire comme employée de bureau ou de télémarketing, réceptionniste, etc,... ?*

La patiente présente, comme signalé dans le courrier précédant, des limitations fonctionnelles en lien avec un état de fatigue chronique, des troubles de la concentration et de la mémoire qui limitent son activité professionnelle et intellectuelle, des douleurs du genou qui limitent ses déplacements et une position debout prolongée. A noter que la patiente avait travaillé de juillet 2014 jusqu'à décembre 2017 dans un centre d'appel avec une activité très limitée en pourcentage (activité à la demande). La patiente ne désire pas refaire cette expérience, en raison de l'instabilité professionnelle en lien avec des postes sur demande.

*3. Quelle est la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ?*

Comme évoqué en raison des limites cognitives en lien avec les troubles de mémoire et de concentration sévères évalués par la consultation neuropsychologique du CHUV, l'état de fatigue et des douleurs en lien avec sa tumeur osseuse, la patiente pourrait avoir une activité de travail estimée à 20 % sachant qu'il y a un grand risque de perte de rendement de l'ordre de 60 % (ou plus) de ce taux de capacité de 20 %.

*4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

Cf ci-dessus

*5. Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail attestés depuis votre dernier rapport ?*

La patiente est en arrêt de travail à 100 % depuis décembre 2017.

*6. Quelles sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

La patiente est très compliant aux traitements d'hormonothérapie. Elle est adhérente à ses visites médicales à notre consultation ainsi que les suivis radiologiques par IRM mammaire et IRM du genou et à la consultation d'orthopédie."

Après avoir soumis les renseignements médicaux complémentaires au SMR (compte rendu de la permanence SMR du 25 septembre 2020) et procédé à un nouveau calcul du préjudice économique, l'OAI a, par projet de décision du 4 décembre 2020, fait part à l'avocat de l'assurée de son intention de refuser tout droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, aux motifs qu'à la fin du délai d'attente en décembre 2018 et depuis 2017 déjà, la même capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 15 %, soit de 85 % que lors de la première demande de prestations était retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité légère ménageant le membre supérieur droit sans port de charges de plus de deux kilos, fatigue, sommeil perturbé, bouffées de chaleurs nocturnes), avec les restrictions supplémentaires (alternance des positions assises et debout). Cette capacité de travail résiduelle pouvait être mise en valeur par l'intéressée dans les activités adaptées déjà citées dans la décision du 9 mars 2017 (*pro memoria* : employée de bureau, télémarketing, employée au contrôle qualité, réception-téléphoniste). Selon la comparaison des revenus sans atteinte à la santé (54'975 fr.) et avec atteinte (46'579 fr. 54), le degré d'invalidité était de 15,27 %.

A l'appui de ses objections des 21 décembre 2020, 8 et 21 janvier 2021, contestant l'instruction médicale et économique du cas effectuée par l'OAI en demandant l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> août 2019 au plus tard ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (volet oncologique, locomoteur et psychologique/neuropsychologique), l'assurée, par son conseil Me Hofstetter, a produit notamment un certificat médical du 10 juin 2020 de la Prof. F. \_\_\_\_\_, cheffe de service du Département d'oncologie du CHUV, dont il ressort ce qui suit :

"Par la présente, je certifie que ce patient est suivi et traité à la consultation d'oncologie médicale du CHUV, à Lausanne.

Les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique définissent clairement les personnes particulièrement vulnérables, qui sont exposées à un risque accru d'infection par le coronavirus COVID-19, ainsi que de complications sévères subséquentes. Notre patient en fait partie.

En conséquence, il ne devrait théoriquement pas réintégrer son travail au vu de la situation pandémique à ce jour et ce, malgré le message du début de déconfinement dès le 27.04.2020.

Selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique du 16 avril 2020, les personnes particulièrement vulnérables qui sont exposées à un risque accru d'infection par le coronavirus COVID-19 à leur poste de travail doivent pouvoir garder leurs distances dans l'entreprise. Si ce n'est pas possible ou si ces personnes ne peuvent pas exercer temporairement une autre activité, les employeurs doivent envisager de les tenir éloignées du lieu de travail.

Les articles en vigueur sont les suivants :

1) L'employeur permet à ses employés vulnérables de remplir leurs obligations professionnelles depuis leur domicile. A cette fin, il prend les mesures organisationnelles et techniques qui s'imposent.

2) Si l'employé ne peut pas remplir ses obligations professionnelles habituelles depuis son domicile, son employeur lui attribue des tâches de substitution équivalentes qu'il peut effectuer depuis son domicile et les rétribue au même salaire, même si elles divergent du contrat de travail.

3) Si, pour des raisons d'exploitation, la présence d'employés vulnérables sur place est indispensable pour tout ou partie, ces derniers peuvent exercer leur activité habituelle sur place, pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

- la place de travail est aménagée de sorte que tout contact étroit avec d'autres personnes soit exclu, notamment en mettant à disposition un bureau individuel ou une zone clairement délimitée où la distance minimale de deux mètres est respectée ;
- dans les cas où un contact étroit s'avère parfois inévitable, des mesures de protection appropriées sont prises, selon le principe STOP (substitution, mesures techniques, mesures organisationnelles, équipement de protection individuelle)."

Après avoir recueilli un « Avis juriste-Audition » du 23 février 2021 sur la contestation de l'assurée, l'OAI a, par décision du 25 février 2021, rejeté la nouvelle demande de prestations. Dans un courrier du 23 février 2021 faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé Me Hofstetter que la contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

**B.** Par acte du 15 avril 2021, A.\_\_\_\_\_, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a déféré cette décision devant 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 entière dès le 1<sup>er</sup> août 2019 au plus tard, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante a invoqué, en premier lieu et sur le plan formel, l'absence de prise de position dans la décision querellée sur la requête d'expertise pluridisciplinaire formulée et réitérée dans sa contestation du 8 janvier 2021, notant que, dans son courrier du 23 février 2021, l'OAI se limitait à un renvoi au SMR pour retenir qu'une requête d'expertise « ne pouvait pas avoir de suite favorable » alors que le rapport du 22 septembre 2020 de la Dre N.\_\_\_\_\_ répondait aux interrogations. Elle se plaignait par ailleurs de ne pas avoir eu connaissance d'une prise de position du service juridique de l'OAI préconisée par le SMR. Sur le fond, elle a allégué tout d'abord que son état de santé s'était aggravé depuis le précédent refus de prestations de l'assurance-invalidité. Estimant présenter une incapacité de travail quasi-totale, voire complète, elle opposait les avis des Dres N.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et alléguait également, en référence à l'avis de la Prof. F.\_\_\_\_\_, que l'intimé n'avait pas pris en compte la situation pandémique excluant tout retour au travail. Elle a également produit, sous le bordereau de pièces figurant en annexe à son acte de recours, une attestation du 31 mars 2021 du docteur en sciences et naturothérapeute B.\_\_\_\_\_ certifiant que, dans le contexte du traitement de la tumeur affectant son genou droit, la recourante suivait un régime naturopathe dispensé par l'[...] et que son état de santé l'empêchait de travailler. S'agissant de l'évaluation économique du cas, elle soutenait qu'un abattement de 15 % au minimum devait être appliqué sur le revenu d'invalidité au vu de la situation oncologique, de la situation pandémique et de la constellation des troubles présentés (cognitifs, mémoire, concentration, fatigue, etc.) ainsi que de l'âge (cinquante-cinq ans). A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 25 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, sans qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifiait. Sur le plan médical, l'intimé renvoyait à l'avis SMR du 3 mars 2020 ainsi qu'à l'avis juriste du 23 février 2021 au dossier. S'agissant du revenu d'invalidé, un spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI n'avait pas retenu d'abattement dans le cas présent, une réduction de rendement de 15 % ayant été prise en compte. Par ailleurs, l'âge de la recourante ne justifiait pas un abattement sur le revenu d'invalidé.

Aux termes de sa réplique du 20 août 2021, insistant sur la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire et sans invoquer d'arguments supplémentaires, la recourante a confirmé ses précédentes conclusions.

Le 31 août 2021, faisant part d'une situation médicale sans évolution, la recourante a produit un rapport du 24 août 2021 de son oncologue (la Dre N.\_\_\_\_\_) confirmant qu'en raison des limites cognitives en lien avec les troubles de mémoire et de concentration sévères évalués par les neuropsychologues du CHUV, de l'état de fatigue et des douleurs en lien avec sa tumeur osseuse, la capacité de travail de l'assurée était de 20 % avec un grand risque de perte de rendement de l'ordre de 60 % (ou plus) de ce taux de capacité résiduelle. L'arrêt de travail était de 100 % depuis décembre 2017 et l'intéressée très compliant aux traitements.

Dans sa duplique du 3 septembre 2021, notant l'absence de nouvel élément sur l'état de santé de la recourante susceptible de modifier sa situation, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision querellée.

Dans ses déterminations du 19 octobre 2021, la recourante a maintenu ses conclusions en insistant sur la nécessité pour l'OAI de revoir sa position. Elle a produit à cet effet un rapport du 12 octobre 2021 adressé à l'OAI par la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et dont il ressort ce qui suit :

“Madame, Monsieur,

Par la présente, je vous informe que j'ai repris le suivi de Mme A. \_\_\_\_\_ en médecine interne générale depuis le 28.07.2021. Dans ce cadre, je peux attester qu'elle souffre des pathologies suivantes :

- Carcinome du sein droit diagnostiqué en 2011, traité par chimiothérapie néo-adjuvante, chirurgie, radiothérapie et hormonothérapie.
- Insuffisance lymphatique du membre supérieur droit suite au curage axillaire, nécessitant le port d'un manchon et limitant le port de charge.
- Troubles neuropsychologiques avec un déficit en mémoire de travail, un fléchissement attentionnel et une fatigue cognitive sévère (bilan neuropsychologique de 2020), survenu dans la suite du traitement du cancer du sein.
- Tumeur à la cellule géante (synovite villo-nodulaire) du genou droit diagnostiquée en 2017, responsable de douleurs chroniques et blocages intermittents et œdèmes du genou qui réduisent la mobilité de la patiente. Pas d'opération proposée par les spécialistes.
- Gonalgie gauche depuis juillet 2021 avec une atteinte méniscale à l'IRM du 05.07.2021.
- Douleurs des deux plis inguinaux irradiant dans les deux jambes survenant de manière intermittente depuis l'été 2021. Des investigations pour clarifier l'origine de ses douleurs sont en cours.
- Lombalgies chroniques sur arthrose facettaire postérieure.
- Arthrose débutante de l'articulation interphalangienne des doigts 3 à 5 de la main gauche.
- Neuropathie cubitale gauche avec déficit sensitif (EMG 22.09.2021), nécessitant le port d'une attelle avec coude à l'extension de 30° pour dormir.
- Pathologies ophtalmiques : strabisme important nécessitant une prise en charge spécialisée, cataracte débutant des deux yeux.
- Acouphènes bilatéraux sans hypoacousie post-traumatique depuis juin 2019.

La patiente est également suivie régulièrement par le Dr B. \_\_\_\_\_ avec des thérapies naturelles centrée[s] sur le microbiote.

La multiplicité des différents symptômes ainsi que leurs fluctuations impacte[nt] fortement la capacité de travail de la patiente. Un arrêt de travail à 100 % est en cours par l'intermédiaire de la Dre N. \_\_\_\_\_ (oncologue), ce qui me semble parfaitement justifié.

Devant cette situation, j'estime qu'une expertise pourrait être utile. [...]"

Le 19 octobre 2021, l'intimé a estimé que le rapport médical précité, outre d'éventuelles aggravations de l'état de santé de la recourante - notamment une gonalgie gauche avec atteinte méniscale depuis juillet 2021 et des douleurs des deux plis inguinaux irradiant les deux jambes de manière intermittente depuis l'été 2021 - mais non

détaillées et postérieures à la décision attaquée, ne faisait pas état d'éléments objectifs suffisamment pertinents pour rediscuter sa position.

### **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 compte tenu des fêtes pascales 2021 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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. a)** Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint implicitement d'une violation de son droit d'être entendue au motif de l'absence de mise en œuvre par l'OAI, ceci par appréciation anticipée de la part de cet office, respectivement du SMR, de l'expertise pluridisciplinaire requise et réitérée par elle à l'appui de sa contestation du 8 janvier 2021 sur la base du rapport du 22 septembre 2020 de l'oncologue. Elle déplore par ailleurs l'absence de connaissance d'une prise de position du service juridique de l'OAI préconisée par le SMR.

**b)** En tant que la critique de nature formelle soulevée, valant implicitement grief de violation du droit d'être entendu, se rapporte au final au grief d'arbitraire dans l'appréciation anticipée des preuves (sur cette notion, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1) puisqu'est reproché à l'OAI de

ne pas avoir mis en œuvre d'expertise, il sera examiné conjointement avec les autres motifs matériels. S'agissant de la plainte selon laquelle l'assurée n'a pas eu connaissance d'une prise de position du service juridique de l'OAI préconisée par le SMR, on rappellera que si le droit de consulter le dossier est un aspect du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 132 II 485 consid. 3.2), cette disposition ne confère toutefois pas le droit de prendre connaissance de documents purement internes qui sont destinés à la formation de l'opinion et qui n'ont pas le caractère de preuves (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2 ; 125 II 473 consid. 4a). En l'occurrence, il ressort du compte rendu de la permanence du 20 octobre 2020, *in fine*, qu'un avis de la permanence juridique ne s'avérait pas nécessaire. Les motifs de cette renonciation ne relèvent pas du droit d'être entendu et pour le surplus, il n'existe pas de droit justiciable d'un assuré à une prise de position du service juridique de l'OAI.

**3. a)** Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2019, singulièrement sur l'appréciation du degré invalidité propre à fonder cette prestation. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 14 mars 2019.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 25 février 2021 (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)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée

de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

**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 un élément important 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 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**d)** 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 l'assuré, 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 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**5. a)** En l'espèce, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir, pour sa part, que les documents produits dans le cadre de sa nouvelle demande attestent une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2019 au plus tard.

**b)** Dans le cadre de l'instruction de la demande initiale du 12 octobre 2011, l'OAI a notamment mis en œuvre deux expertises de médecine interne (rapports d'examen clinique des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016 du Dr I.\_\_\_\_\_) ainsi qu'un examen clinique psychiatrique au SMR (rapport du 31 octobre 2013 de la Dre O.\_\_\_\_\_. Sur la base des constatations et conclusions ressortant de ces documents, dans sa décision du 9 mars 2017 d'octroi de rente limitée dans le temps, l'OAI a retenu que la recourante avait recouvré une capacité totale de travail, avec une baisse de rendement de 15 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (par exemple : employée de bureau, télémarketing, employée au contrôle qualité, réception-téléphoniste) depuis le 5 juin 2012. Cette évaluation médicale a par la suite été confirmée par arrêt du 16 mai 2018 de la Cour de céans qui n'a pas été contesté. On en extrait le passage suivant (CASSO AI 133/17 - 141/2018 du 16 mai 2018 consid. 4a-f) :

“a) En premier lieu, il est précisé que l'absence de spécialisation en oncologie du Dr I.\_\_\_\_\_ est sans incidence dans le cas particulier. Le litige ne porte en effet pas sur l'appréciation de la capacité de travail de la recourante pendant la phase active du cancer et la radiothérapie (jusqu'en juillet 2011), auquel cas il aurait été effectivement adéquat d'obtenir l'avis d'un oncologue, mais sur la période qui a suivi. Par ailleurs, l'évolution de l'atteinte est favorable de l'avis des médecins traitants, avec une rémission complète mentionnée dès juillet 2011 (rapport des 1<sup>er</sup> juillet, 21 octobre et 22 novembre 2011, 20 janvier 2012 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ ; rapport du 7 mars 2012 du Dr S.\_\_\_\_\_ ; déclarations de la Dresse N.\_\_\_\_\_ à l'OAI du 5 juin 2012 et au Dr X.\_\_\_\_\_ du 15 août 2012) et le cancer est sous contrôle, avec pour seuls traitements une hormonothérapie et une physiothérapie, dont la prescription n'est pas litigieuse. Les divergences médicales ne

portant pas sur la maladie elle-même, ni son traitement, mais exclusivement sur ses effets secondaires, l'avis d'un oncologue ne se justifiait pas.

b) S'agissant des différentes atteintes à la santé physique présentées par la recourante, le Dr I. \_\_\_\_\_ les a constatées dans ses deux expertises des 29 décembre 2012 et 16 juillet 2016, en particulier un lymphœdème discret, et retenu des limitations fonctionnelles, que la recourante ne critique pas. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a aussi réservé l'asthénie et conclu à une éventuelle diminution de rendement de quelques pourcents pour ce motif, ce qui implique que la recourante n'est pas empêchée de travailler de ce fait. Au vu de ces éléments, le Dr I. \_\_\_\_\_ a constaté que les atteintes et les limitations fonctionnelles de la recourante étaient incompatibles avec le maintien de son ancienne activité de vendeuse avec port de charges. Ces atteintes permettaient toutefois l'exercice à 100% d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit une activité évitant le port de charge de plus de cinq kilos, les mouvements soutenus et répétés du membre supérieur droit, les travaux impliquant de[s] efforts au-dessus de l'horizontal des épaules et la pince entre le bras droit et le thorax, le travail nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux. Les expertises ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et tiennent notamment compte de l'appréciation clinique des Dresses E. \_\_\_\_\_, N. \_\_\_\_\_, T. \_\_\_\_\_ et de la Professeure R. \_\_\_\_\_. De plus, les plaintes de la recourante ont été relevées. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Ces expertises remplissent donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions desdites expertises. En particulier, contrairement à ce que soutient la recourante, les rapports des 18 juillet 2012, 22 janvier 2013, 19 mai 2015, 23 février 2016 et 2 mai 2017 de la Dresse N. \_\_\_\_\_ sont en contradiction avec les déclarations qu'elle a faites à l'OAI le 5 juin 2012 et au Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR le 15 août 2012. Notamment, le dernier rapport du 2 mai 2017 n'indique pas d'incapacité de travail et les effets secondaires (dentaires et ORL) cités entraînent surtout pour conséquence des soins fréquents et coûteux, sans qu'il soit fait mention de limitations fonctionnelles en lien avec ces effets secondaires. Le Dr I. \_\_\_\_\_ a en outre tenu compte dans ses expertises des éléments relevés par la Dresse N. \_\_\_\_\_. Concernant les autres points invoqués par la médecin pour justifier une capacité de travail restreinte, soit en particulier le déficit de mémoire épisodique et un état dépressif (rapports des 22 janvier 2013, 19 mai 2015 et 23 février 2016), il s'agit d'atteintes qui relèvent de la sphère neuropsychologique et non oncologique. Il convient donc de se référer aux rapports des spécialistes et non à ceux de la Dresse N. \_\_\_\_\_. Il ne ressort à cet égard d'aucun document du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV que ces atteintes justifieraient une capacité de travail de 30%. Le rapport dudit Service du 4 septembre 2014 mentionne une diminution partielle de rendement et un taux d'activité à ajuster par rapport à la fatigabilité, mais il n'est aucunement question d'une capacité de travail de 30%. Pour ce qui est de l'état dépressif, la

Dresse T. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas dans son rapport du 6 octobre 2013 de diminution de la capacité de travail.

S'agissant du rapport du 18 juillet 2017 du Service d'oncologie médicale du CHUV, mettant en avant l'échec de la reprise d'un travail à un taux supérieur à 30%, il ne repose pas sur des investigations récentes et fait référence à un examen neuropsychologique de « l'année passée » alors qu'il n'y en a pas eu après 2014 (contrairement à ce qu'affirme également la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 février 2016 en parlant d'une péjoration des performances cognitives). Pour l'essentiel, ce rapport du 18 juillet 2017 relaie les propos de la recourante et n'objective pas la diminution de la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles relevées dans ce rapport ont en outre été prises en compte par le Dr I. \_\_\_\_\_.

d) Sur le plan neuropsychologique, l'examen recommandé par le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 29 décembre 2012 a été pratiqué à deux reprises, soit en 2013 et 2014. Le premier examen du 4 mars 2013 met en évidence de légers troubles phasiques, un déficit de mémoire épisodique antérograde verbale, ainsi qu'un fléchissement exécutif et attentionnel. La Professeure R. \_\_\_\_\_ estime dans son rapport du 20 mars 2013 que ces résultats sont à mettre en lien en grande partie avec la problématique émotionnelle traversée par la recourante en raison de sa situation financière précaire et considère en conséquence importante la poursuite du suivi psychiatrique. Elle demeure à disposition pour un bilan d'évolution après amélioration de la thymie. On constate à cet égard que la recourante a effectivement consulté la Dresse T. \_\_\_\_\_ et le traitement a pris fin en septembre 2013. La psychiatre a diagnostiqué un épisode dépressif en voie de rémission et n'a pas prescrit d'antidépresseurs. Le second examen neuropsychologique réalisé le 2 septembre 2014 montre une légère amélioration des performances cognitives avec toutefois encore la persistance d'un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique verbale associé à un fléchissement attentionnel. La Professeure R. \_\_\_\_\_ n'émet aucune recommandation particulière. Dans son deuxième rapport daté du 4 septembre 2014, elle fait mention d'une diminution partielle du rendement du travail. Selon la thérapeute, le taux d'activité exigible devrait être probablement ajusté par rapport à la fatigabilité accrue de sa patiente. Toutefois, aucun suivi, ni traitement médical n'a été instauré sur le plan neuropsychologique.

La Dresse T. \_\_\_\_\_ a quant à elle considéré que la capacité de concentration et de compréhension n'étaient pas limitées, mais qu'il existait en revanche des limitations en termes de capacité d'adaptation et de résistance.

Dans son expertise du 16 juillet 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de déficit modéré de la mémoire épisodique. Il a considéré que ce déficit permettait la réalisation d'activités professionnelles simples avec des consignes claires, sans perte de rendement, d'autant que la recourante n'indiquait pas devoir procéder à des prises de notes et autres rappels dans sa vie professionnelle, ni dans ses activités de la vie quotidienne. Dans ses conclusions, il retient une éventuelle perte de rendement de quelques pourcents, afin de tenir compte de l'asthénie, ce qui

n'entre néanmoins pas en contradiction avec l'absence de perte de rendement susmentionnée, dès lors que l'expert ne fait qu'émettre une réserve (choix des termes « possible » et « éventuelle »), ce qui parle en faveur de l'exhaustivité et de l'objectivité de son rapport. Partant, il y a lieu de suivre les conclusions de la Dresse T. \_\_\_\_\_ et de la Professeure R. \_\_\_\_\_, confirmées par le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 16 juillet 2016 et qui vont dans le sens de l'examen clinique du 31 octobre 2013 de la Dresse O. \_\_\_\_\_, non critiquée par la recourante.

e) Du point de vue ophtalmique, le dossier ne comporte aucun document qui permettrait de retenir une atteinte incapacitante. En particulier, le rapport du 5 juin 2012 [du] Dr H. \_\_\_\_\_ confirme l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.

f) Au vu de ce qui précède, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle indique ne pouvoir travailler qu'à un taux de 30 % et l'appréciation de l'intimé sur le plan médical doit être confirmée."

**c) aa)** S'agissant du cancer du sein, il n'y a pas de récurrence, la situation n'a pas évolué depuis 2017 et dans ses rapports successifs, la Dre N. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de nouvelles limitations ou d'aggravation des restrictions en lien avec le lymphœdème du membre supérieur droit ou le thorax.

**bb)** Concernant la fatigabilité et les troubles neuropsychologiques, dans le cadre de son expertise du 16 juillet 2016, le Dr I. \_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de déficit modéré de la mémoire épisodique en se basant sur le rapport d'examen neuropsychologique de septembre 2014. L'expert était d'avis que ces troubles discrets fondaient une éventuelle baisse de rendement de quelques pourcents, inférieure à 10 %, l'OAI retenant finalement une diminution de rendement de 15 % englobant la fatigue ainsi que les autres limitations fonctionnelles. De son côté, le rapport d'examen neuropsychologique du 17 janvier 2020 mentionne une évolution légèrement favorable en comparaison avec le dernier bilan de 2014, avec la normalisation des performances mnésiques antérogrades verbales. Il n'y a donc pas d'aggravation. Le rapport de janvier 2020 indique une fatigue cognitive et psychique sévère auto-rapportée ; il s'agit donc de plaintes de l'assurée et non d'une modification de l'état de santé objectivée lors de l'examen neuropsychologique ambulatoire des 24 décembre 2019 et 8 janvier 2020 au CHUV. Par

ailleurs, la Dre P.\_\_\_\_\_ ne quantifie pas la limitation de la capacité de travail en relation avec les difficultés de mémoire de travail et la fatigue/fatigabilité. Cependant, en présence du constat d'une amélioration dans l'atteinte relevant de sa spécialité, cette omission s'avère sans incidence.

**cc)** Dans le cadre de la nouvelle demande du 14 mars 2019, sur le plan médical, à la lecture des renseignements recueillis au cours de l'instruction, il ressort l'existence d'une nouvelle atteinte tumorale du genou droit en raison de laquelle il est retenu la limitation fonctionnelle supplémentaire de l'alternance de la position debout/assise (cf. avis SMR du 3 mars 2020). Cette appréciation n'est pas en contradiction avec celle de la médecin du Service d'oncologie médicale du CHUV qui évoque des douleurs au niveau du genou droit avec une mobilité limitée et une station debout difficile (rapport du 19 juin 2019 de la Dre N.\_\_\_\_\_), pas d'activité imposant longtemps une position debout ou assise (rapports des 9 septembre 2019 et 27 avril 2020 de la Dre N.\_\_\_\_\_ ) et une limitation des déplacements (rapport du 22 septembre 2020 de la Dre N.\_\_\_\_\_). Enfin, cette tumeur n'a pas été traitée chirurgicalement, mais surveillée activement (rapports des 22 septembre 2020 et 24 août 2021 de la Dre N.\_\_\_\_\_). Cela étant, il n'apparaît pas que cette nouvelle atteinte entraîne une détérioration notable de la capacité de travail retenue en 2017, la limitation fonctionnelle supplémentaire retenue n'étant pas à elle seule susceptible d'influer notablement sur le degré d'invalidité.

**dd)** Sous réserve de la nouvelle atteinte tumorale du genou droit ne permettant cependant pas de retenir une modification notable de la capacité de travail, respectivement du degré d'invalidité, à la date de la décision litigieuse du 25 février 2021, les rapports médicaux de la Dre N.\_\_\_\_\_ ne révèlent pas d'altérations objectivement vérifiables en comparaison de la situation prévalant à l'époque de la décision du 9 mars 2017.

**d)** De son côté, le rapport du 12 octobre 2021 de la Dre U.\_\_\_\_\_ atteste de multiples diagnostics et de leur suivi actuel, en

particulier une gonalgie gauche avec une atteinte méniscale depuis juillet 2021 ainsi que des douleurs intermittentes des deux plis inguinaux irradiant dans les deux jambes depuis l'été 2021. Or selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a, et les références; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 262 consid. 1, 117 V 287 consid. 4, et les références; TF 9C\_81/2007 et 9C\_397/2007 cités). L'avis de la médecin traitant ne comporte du reste aucun élément qui n'aurait pas été dûment pris en compte à la date de la décision attaquée du 25 février 2021, étant rappelé que dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas le diagnostic mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail qui sont déterminantes (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées).

**e)** Les renseignements médicaux, y compris du Dr B.\_\_\_\_\_, ne permettant pas de retenir une modification notable de l'état de santé de la recourante, la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire requise n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), d'autant plus que la recourante n'allègue pas de suivi psychiatrique.

**6.** A ce stade, il convient d'examiner le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'OAI.

**a) aa)** Selon l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1) ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). Le revenu sans invalidité se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Comme celui sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée

(tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347).

**bb)** En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 7.2 ; TF 9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C\_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 ; TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb).

**cc)** Le pouvoir d'examen du juge des assurances sociales quant à l'étendue de l'abattement du salaire statistique n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (« Angemessenheitskontrolle »). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF

9C\_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.2 ; TF 9C\_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 4.2).

**b)** *In casu*, le revenu sans invalidité ne prête pas le flanc à la critique et la recourante ne le conteste du reste pas. Elle soutient par contre qu'un abattement « de l'ordre de 15% au minimum » doit être appliqué sur le revenu d'invalidé, en raison d'une diminution de rendement sous-évaluée ainsi que de l'âge.

En l'occurrence, la diminution de rendement de 15 % englobe déjà la fatigue, le déficit de la mémoire ainsi que les autres restrictions fonctionnelles somatiques prises en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail ; elles ne sauraient l'être une seconde fois en tant que facteur d'abattement pour les limitations fonctionnelles sur le salaire statistique, et il n'y a pas lieu d'effectuer en sus un abattement sur le salaire statistique (MICHEL VALTERIO, Commentaire Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, note 89 *ad art.* 28a LAI, p. 450).

L'âge en tant que facteur d'abattement doit toujours être examiné en fonction de toutes les circonstances concrètes du cas particulier. Un âge, par exemple de cinquante-cinq ans ne saurait ainsi justifier en soi un abattement (TF 9C\_160/2013 du 28 août 2013 consid. 4.2). En l'occurrence, un abattement lié à l'âge ne se justifie pas en présence d'une activité adaptée dans un niveau de compétence 1 (activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger) de l'ESS. La recourante n'avait en outre pas encore atteint l'âge à compter duquel la jurisprudence considère qu'il n'est plus exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il retrouve une activité adaptée à son état de santé, sur un marché du travail équilibré.

**c)** Dans sa réplique du 20 août 2021, invoquant le certificat médical du 10 juin 2020 de la Prof. F. \_\_\_\_\_, et rappelant qu'à l'époque aucun vaccin n'était à disposition de la population, la recourante s'étonne de l'absence de prise en compte par l'OAI de la situation pandémique en

Suisse qui exclurait pourtant tout retour au travail dans sa situation de vulnérabilité. A ses yeux, l'intimé était tenu de prendre en considération cette situation, à tout le moins dans le cadre de l'examen d'un éventuel abattement du revenu d'invalidité, même uniquement à titre provisoire.

Dans le cas présent, les atteintes à la santé de la recourante n'empêchent pas l'accès à une activité professionnelle en période de COVID, étant précisé que, selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) rappelées à l'intéressée par le certificat du 10 juin 2020 du CHUV, il appartient à l'employeur de prendre les mesures de protection adéquates. Si la pandémie COVID a des répercussions conjoncturelles sur le marché du travail, leur prise en charge, notamment le besoin de protection accru envers certaines personnes vulnérables dans le cadre de l'exercice d'une activité lucrative, ne relève pas du domaine de l'assurance-invalidité, comme l'observe à juste titre l'office intimé dans ses écritures des 25 mai et 3 septembre 2021. En faisant dépendre le taux d'abattement de la situation pandémique suisse, la recourante perd ainsi de vue qu'un abattement sur le salaire statistique se fonde sur l'expérience selon laquelle les revenus tirés de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) ne peuvent en règle générale pas être pris entièrement en considération comme revenus d'invalidité en raison de restrictions que l'assuré atteint dans sa santé connaît dans sa capacité de travailler (VALTERIO, *op. cit.*, note 85 *ad art.* 28a LAI, p. 447 et la référence citée).

**d)** Dans le cadre du contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non contestés par la recourante, la Cour de céans constate que le revenu avec invalidité arrêté à 46'579 fr. 54 par l'OAI, en référence aux données statistique de l'ESS 2016 pour l'exercice d'une activité simple et répétitive dans le domaine industriel léger à 100 % en tenant compte d'une diminution de rendement de 15 %, montant indexé en 2017, année de survenance du motif allégué de révision, n'est pas en soi critiquable.

**e)** Ainsi, en comparant les revenus sans (54'975 fr.) et avec invalidité (46'579 fr. 54), il en résulte un degré d'invalidité de 15,27 %,

arrondi à 15 % (cf. ATF 130 V 121). A l'échéance d'une période de six mois à compter de la date du dépôt de sa nouvelle demande (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI), l'assurée n'avait ainsi pas droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), comme retenu dans la décision de l'OAI du 25 février 2021.

**7.** Sur le vu de tout ce qui précède, à la date de la décision litigieuse du 25 février 2021, l'état de santé de la recourante ne s'est donc pas modifié depuis la décision de refus du 9 mars 2017 elle-même confirmée par arrêt du 16 mai 2018 de la Cour de céans entré en force (CASSO AI 133/17 - 141/2018 du 16 mai 2018), dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

**8. a)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 25 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :