

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 février 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Dormond Béguelin, et M. Küng, assesseurs
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire de [...], est arrivée en Suisse en [...]. Titulaire d'un permis C, mariée et mère de deux enfants, elle est au bénéfice d'une formation de pâtissière industrielle acquise en [...]. Depuis janvier 2008, elle a travaillé à plein temps en qualité d'ouvrière en horlogerie auprès de J._____.

L'assurée a présenté une incapacité de travail dès le 5 janvier 2015 en raison d'un cancer du sein gauche, traité par mastectomie le 6 février 2015, puis chimiothérapie et radiothérapie.

Le 7 mai 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé), indiquant souffrir d'un cancer du sein.

Un traitement par hormonothérapie a été introduit dès juin 2015.

L'assurée a subi une reconstruction mammaire le 31 août 2016.

Sur avis du Service médical régional (ci-après : SMR), l'Office AI a mis en œuvre une expertise en médecine interne, au fin de procéder à un bilan médical complet. Le mandat d'expertise a été confié le 3 mai 2016 au Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a examiné l'assurée le 18 janvier 2017. Le rapport corrélatif, rédigé le 19 janvier 2017, fait état du diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – de carcinome invasif de type non spécifique multicentrique du sein gauche, diagnostiqué en janvier 2015 (maladie de Paget du mamelon gauche, status après mastectomie et curage axillaire gauche le 6 février 2015, status après chimiothérapie adjuvante terminée le 4 mai 2015, status après radiothérapie terminée le 1^{er} juillet 2015, status après reconstruction mammaire le 31 août 2016, hormonothérapie

d'Exémestane en cours et traitement de Zoladex dès le 26 juin 2015). Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr Q. _____ a retenu un état d'obésité de stade I et de status variqueux de la saphène interne gauche. L'assurée présentait des douleurs résiduelles thoraco-brachiales gauches, des arthromyalgies en relation avec l'hormonothérapie et une asthénie résiduelle. Il en résultait les limitations fonctionnelles suivantes : inaptitude au port de charges, pas de mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, pas de travaux à effectuer le bras gauche au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de travaux impliquant la pince entre le bras et le thorax. Dans ces conditions, la capacité de travail était exigible dès le 1^{er} décembre 2016, à 50 % dans l'activité exercée et à 100 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20 % pour tenir compte de l'asthénie et des douleurs.

Sur la base de l'expertise du Dr Q. _____, le SMR a retenu, dans un rapport du 21 février 2017, que l'assurée avait présenté une incapacité totale durable depuis le 6 février 2015 suite aux divers traitements lourds subis, une reconstruction mammaire le 31 août 2016 et une vraisemblable décompensation anxieuse et dépressive réactionnelle au cours de l'année 2015. En revanche, dès le 1^{er} décembre 2016, l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles posées par le Dr Q. _____.

L'assurée a subi une nouvelle reconstruction mammaire le 23 mars 2017.

B. Dans un projet de décision du 4 mai 2018, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017. Il a considéré que depuis le 1^{er} décembre 2016, l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu sans invalidité (57'338 fr. 58 selon les salaires déclarés à l'AVS) avec celui auquel l'assurée pourrait prétendre compte tenu de ses limitations

fonctionnelles (43'508 fr. 98 à 80 %), l'Office AI a conclu que le manque à gagner de 13'829 fr. 60 représentait un degré d'invalidité de 24,12 %, soit un taux inférieur au minimum légal pour ouvrir le droit à une rente.

Le 31 mai 2018, l'assurée a fait part de son objection à ce projet, faisant valoir qu'elle n'était pas encore en mesure de reprendre une activité professionnelle.

Le 12 juillet 2018, l'assurée a informé l'Office AI qu'elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique (deux fois par mois) depuis le 17 mars 2015 à l'unité de psychiatrie de liaison du R._____ (ci-après : R._____).

Le 14 août 2018, l'assurée a complété son objection du 31 mai 2018, sollicitant à ce qu'une incapacité de travail supérieure à 50 % lui soit reconnue et l'octroi de mesures de réinsertion. Elle a produit un rapport du 9 août 2018 établi par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue L._____, au terme duquel ils ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique. La capacité de travail était de 50 % dès août 2017. L'assurée présentait une fatigabilité importante, d'origine mixte somato-psychique (fatigue post-traitements de chimiothérapie et radiothérapie, hormonothérapie en cours, fatigue liée aux symptômes dépressifs), ainsi que des difficultés de concentration. On pouvait s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 30 à 50 % dans une activité adaptée, en raison de la fatigabilité, de l'hypersensibilité et des difficultés de concentration et de mémoire.

L'Office AI a soumis ce rapport au SMR pour déterminations. Dans son avis du 28 août 2018, le Dr F._____ s'est dit dubitatif quant au suivi psychiatrique annoncé depuis le 17 mars 2015 puisqu'il n'en était pas question au moment où le Dr Q._____ avait établi son expertise. Il a par ailleurs observé que les "symptômes anxio-dépressifs envahissants" ne constituaient pas un diagnostic conventionnel au sens de la CIM-10, qu'il ne persisterait actuellement que des symptômes anxio-dépressifs non

incapacitants sans point d'appel pour des critères de classification A, dit de gravité, qu'un épisode dépressif moyen (F32.10) sans syndrome somatique n'était pas incapacitant selon la jurisprudence, et qu'il en était de même pour le trouble de stress post-traumatique, qui ne s'étendait pas au-delà d'une année normalement. Il n'existait par ailleurs aucun traitement crédible, ni monitoring. En définitive, le rapport du psychiatre et de la psychologue traitants ne permettait pas de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants.

Par décision du 13 septembre 2018, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 4 mai 2018, considérant en particulier qu'aucun élément au dossier ne permettait de retenir la présence d'un trouble psychiatrique incapacitant.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 7 mai 2019 (CASSO AI 312/18 - 129/2019), jugé, en l'absence de documents médicaux répondant aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychiques, qu'elle ne pouvait se prononcer sur le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique. Elle a annulé la décision querellée et renvoyé la cause à l'intimé afin que ce dernier actualise les données médicales somatiques et procède à une expertise psychiatrique, la nécessité d'une évaluation bidisciplinaire étant réservée en cas de modification éventuelle de l'état de santé de la recourante.

C. Interpellée par l'Office AI, la Dre Z._____, spécialiste en oncologie médicale, a posé le diagnostic incapacitant de carcinome invasif « NST » multicentrique du sein gauche, stade IIA. Elle a estimé que les limitations fonctionnelles consistaient en des effets secondaires importants liés au traitement antihormonal ainsi qu'à la chimiothérapie sous forme de douleurs articulaires invalidantes, de bouffées de chaleur et de fatigue importante. L'assurée ne pouvait pas reprendre une activité professionnelle physique comme porter du poids ou réaliser des mouvements répétitifs (cf. rapport du 17 juillet 2019).

Mandaté le 26 novembre 2019 par l'Office AI, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a communiqué son rapport le 17 février 2020. Cet expert n'a posé aucun diagnostic incapacitant, retenant les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : troubles dépressifs récurrents moyens et légers selon les périodes depuis 2015 au présent sans indices jurisprudentiels de gravité remplis (F33.11/F30.0) ; facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (F54) ; modification traumatique de la personnalité suite à des expériences dramatiques subies dans son pays d'origine, actuellement non décompensée. Ce trouble n'avait cependant pas empêché l'assurée de travailler à 100 % dans le passé, de gérer son quotidien sans limitations et de partir en vacances dans son pays d'origine (F62).

Par projet de décision du 19 mars 2020, sur la base de l'avis du 9 mars 2020 du SMR, l'Office AI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017.

L'assurée a contesté ce projet par courriers des 11 mai, 30 juin et 10 juillet 2020. A cet effet, elle a produit un rapport du 25 juin 2020 de la Dre Z._____ et un rapport du 7 juillet 2020 de la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de L._____.

Par décision du 10 mars 2021, l'Office AI a confirmé son projet en se fondant sur l'avis du 9 septembre 2020 du SMR, lequel estimait que l'assurée n'avait apporté aucun élément pouvant modifier sa position.

D. Par acte du 26 avril 2021, X._____, représentée par Procap, Service juridique, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la rente d'invalidité allouée à partir du 1^{er} janvier 2016 ne soit pas limitée dans le temps, subsidiairement au renvoi du dossier à l'Office AI pour instruction

complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a allégué que le rapport médical du 17 juillet 2019 attestait d'une incapacité de travail totale en raison de douleurs invalidantes, de bouffées de chaleur et d'une fatigue importante. Elle contestait également l'expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 29 juin 2021, l'Office AI a conclu au renvoi du dossier à leur administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, la valeur probante du rapport du 17 février 2020 étant affaiblie par le vice formel frappant la signature. En effet, le Dr W. _____ n'était pas formellement membre FMH [Fédération des médecins suisses].

L'instruction a été poursuivie (cf. courrier du 3 août 2021 de la juge instructrice).

Par déterminations du 9 août 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

Le 25 août 2021, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 28 février 2017, singulièrement sur son degré d'incapacité au-delà du 1^{er} décembre 2016.

3. a) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

c) 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).

d) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un

service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

e) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'intimé reconnaît que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travailler dès le 5 janvier 2015 à la suite des divers traitements lourds subis, une reconstruction mammaire le 31 août 2016 et une vraisemblable décompensation anxieuse et dépressive réactionnelle au cours de l'année 2015. En revanche, dès le 1^{er} décembre 2016, la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (inapte au port de charges, mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, travaux à effectuer le bras gauche au-dessus de l'horizontale des épaules, ou impliquant la pince entre le bras et le thorax).

b) Sur le plan somatique, la Dre Z. _____ a noté que la recourante ne présentait pas de signes de récurrence de sa maladie oncologique (cf. rapports des 17 juillet 2019 et 25 juin 2020). Or même si l'incapacité de travail est annoncée complète depuis février 2015 en raison des effets secondaires du traitement, ce médecin se contente d'annoncer que la recourante « est en incapacité de travail » à la question de savoir quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 17 juillet 2019). Elle a ensuite ajouté que la recourante « ne pourra pas reprendre une activité professionnelle à l'heure actuelle qui demande une activité physique comme porter du poids ou la réalisation de mouvements répétitifs » (cf. ibidem). Il se déduit donc implicitement de ce rapport, sans qu'une capacité de travail chiffrée soit annoncée, qu'une capacité de travail existerait dans une activité professionnelle qui ne demande pas une activité physique. Le rapport du 25 juin 2020 de la Dre Z. _____ mentionne la mauvaise tolérance à l'hormonothérapie, ce que l'expert Q. _____ avait déjà observé ; il était au fait de la durée de ce traitement, de ses conséquences (raideurs matinales avec arthralgies, asthénie) et en a tenu compte sous la forme d'une diminution de rendement. Ce rapport considère la reprise du travail entravée par la mauvaise tolérance de l'hormonothérapie mais n'amène pas d'éléments objectifs permettant de s'écarter de l'appréciation de l'expert quant à la capacité de travail avec diminution de rendement dans une activité

adaptée. La Dre Z._____ indique que « généralement l'incapacité de travail est de 100 % dans toute activité pendant la durée des traitements ». L'avis de la Dre Z._____ est théorique et général, sans explication circonstanciée s'agissant du cas de la recourante.

c) Sur le plan psychique, l'expert W._____ a posé les diagnostics non incapacitants de troubles dépressifs récurrents moyens et légers selon les périodes depuis 2015 au présent sans indices jurisprudentiels de gravité remplis (F33.11 et F33.0), de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (F54) et de modification traumatique de la personnalité suite à des expériences dramatiques subies dans son pays d'origine, actuellement non décompensées, et qui n'avait pas empêché la recourante de travailler à 100 % dans le passé, de gérer son quotidien sans limitations et de partir en vacances dans son pays d'origine (F62).

aa) Il convient, au préalable, d'examiner si la mention d'une affiliation FMH encore inexistante constitue un vice excluant de conférer valeur probante à l'expertise psychiatrique.

En l'espèce, si le Dr W._____ ne s'est affilié à la FMH que le 12 juillet 2021, soit après la rédaction du rapport d'expertise, il ressort du registre des professions médicales que sa formation de psychiatre et psychothérapeute est reconnue depuis le 28 mars 2018, soit à une date antérieure à l'expertise litigieuse.

Ainsi, la seule mention d'une affiliation FMH encore inexistante ne saurait constituer un vice excluant de conférer valeur probante à ladite expertise.

bb) L'expertise du 17 février 2020 Dr W._____ ne convainc toutefois pas. Elle frappe en particulier par une anamnèse lacunaire et erronée sur certains points essentiels. Il est indiqué que le père de la recourante réside en Suisse, alors que ce dernier a été porté disparu

durant la guerre (cf. rapport du 19 janvier 2017 p. 5 pt 2.1). Il n'est fait mention que du frère cadet de la recourante, porté disparu depuis 1992, alors qu'elle avait également deux sœurs, tuées durant la guerre (cf. rapport du 19 janvier 2017 p. 5 pt 2.1). L'expert ne mentionne rien sur la fuite de la recourante de la [...] durant la guerre ni sur son séjour en [...] (consécutif à cette fuite) (cf. rapport du 19 janvier 2017 p. 5 pt 2.1). Concernant l'enfance de la recourante, l'expert s'est contenté d'expliquer que la recourante « est née à terme », que « son développement psychomoteur s'est déroulé normalement », qu'elle n'a pas « révé[é] de traumatismes physiques, psychiques, ou sexuels ». L'expert s'est limité à faire référence « au moment de la guerre en 1992 » (cf. expertise p. 14 pt 3.2.5), sans autre précision. La Cour de céans s'étonne que l'expert n'ait rien consigné à cet égard ni n'ait jugé utile d'interroger la recourante sur cette période de sa vie, l'expert ayant même ajouté « nihil » sous « Évènements marquants » (cf. ibidem p. 15 pt 3.2.10). L'anamnèse professionnelle est également incomplète, l'expert ne mentionnant ni l'interruption de l'activité professionnelle de 1999 à 2001 (à la naissance de son deuxième fils) (cf. rapport du 19 janvier 2017 p. 5 pt 2.3) ni la période de chômage de 2005 à 2007. Il y a donc lieu de constater l'extrême pauvreté des renseignements recueillis par l'expert.

L'expert W._____ a également consigné que la recourante disposait d'un suivi psychologique bimensuel, « sans suivi psychiatrique » (cf. expertise p. 12 pt 3.2.2) avant de se contredire en indiquant qu'elle ne disposait pas d'un traitement psychiatrique « régulier » (cf. ibidem p. 32), alors même qu'il ressort de plusieurs pièces versées au dossier de l'intimé que la recourante bénéficie d'un suivi psychothérapeutique à la consultation de psycho-oncologie (psychiatrie de liaison spécialisée) du R._____ depuis le 17 mars 2015, à une fréquence bimensuelle, auprès de L._____, mais également auprès du Dr B._____ (cf. rapport du 9 août 2018). Depuis le 7 août 2018, la recourante est suivie par la Dre C._____. L'instauration de ce suivi a pris place à la suite des symptômes anxiodépressifs envahissants dans un contexte d'annonce de maladie grave en janvier 2015 (cancer) et de traitements agressifs avec conséquences négatives.

Il appert que le rapport d'expertise n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse. Faute d'une anamnèse exhaustive, l'expert est potentiellement passé à côté de certains diagnostics. Quant aux plaintes de la recourante, il est contradictoire de qualifier ces dernières de plausibles (cf. expertise p. 39), d'une part, et, d'autre part, de qualifier la fatigue, la tristesse et les difficultés de concentration de subjectifs (cf. ibidem p. 37-38 pt 7.1).

Sous l'angle diagnostic, l'expert W. _____ ne se prononce pas en détail sur la fluctuation de l'état de santé de la recourante, se contentant d'indiquer pour ce qui est du trouble dépressif que la capacité de travail est pleine et entière sans diminution de rendement depuis 2015 « tenant compte de la jurisprudence de novembre 2017 » (cf. expertise p. 37 pt 7.1) et que le trouble dépressif a été moyen et depuis 2015 est léger, « avec quelques moments d'épisode dépressif moyen et quelques rémissions partielles suivies de rechutes, en lien avec le status algique et avec la modification traumatique de la personnalité » (cf. ibidem p. 28). Fait défaut dans le rapport d'expertise une description clinique précise de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis février 2015. S'agissant du stress post-traumatique, l'expert a expliqué que celui-ci était accompagné de flashbacks, évitements, hypervigilance et cauchemars en lien avec la guerre vécue dans son pays d'origine, qui avaient laissé place à une modification traumatique de la personnalité, mais a conclu, la recourante pouvant travailler et retournant sans difficultés pour des vacances dans son pays d'origine, que la modification traumatique n'était pas incapacitante (cf. ibidem p. 28). L'expert W. _____ a également exposé ne pas être expert somaticien et ne pouvoir confirmer l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant (cf. ibidem p. 30) avant de passer en revue les critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et les indices jurisprudentiels de gravité selon la jurisprudence de novembre 2017.

S'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, l'expert n'a pas détaillé en quoi les atteintes retenues se

manifestaient concrètement. Bien plus l'expert n'a pas analysé l'interaction entre les différents diagnostics retenus, ne faisant même pas mention du cancer de la recourante, bien que la fatigue liée au traitement du cancer ait notamment un lien avec la fatigue d'origine dépressive que l'expert qualifie de « subjective ». L'expert n'a pas davantage fourni une évaluation de la personnalité de la recourante.

Sous l'angle des ressources, les constatations de l'expert sont laconiques. L'expert se contente de noter que la recourante est soutenue par son entourage qui « réalise les travaux lourds physiquement » (cf. expertise p. 12 pt 3.2.2 et p. 15 pt 3.2.9). En ce qui concerne le déroulement détaillé et représentatif d'une journée type, celui-ci est décrit en page 16 de l'expertise. En revanche, les éléments anamnestiques relatifs au déroulement d'une journée habituelle avant la survenance de l'incapacité de travail font défaut, avec pour corollaire qu'une comparaison ne peut être extraite de l'expertise. Par ailleurs, l'expert note un isolement partiel de la recourante, sans l'explicitier (cf. ibidem p. 16 pt 3.2.11 et p. 32 pt 7).

En outre, l'expert ne se prononce pas sur l'impact des douleurs alléguées dans un contexte professionnel, mais se fonde exclusivement sur le quotidien actuel de la recourante, hors de toute activité lucrative.

Au demeurant, l'expert ne se focalise que sur quelques éléments (description de l'activité quotidienne à domicile et absence d'un traitement antipsychotique (cf. expertise p. 25)) pour considérer que la recourante serait dotée d'une capacité de travail entière. A cet égard, il convient de relever que le rapport d'expertise contient de nombreuses redondances, notamment quant au fait que « que la recourante gère seule son quotidien sans aide en dehors des activités lourdes physiquement » (mention faite à vingt reprises). L'expert n'a pas non plus examiné pour quelle raison aucun traitement antipsychotique n'avait été prescrit à la recourante, alors même qu'il ressort du rapport du 9 août 2018 que la recourante ne souhaitait pas de médication antidépressive, qui lui avait été proposée à plusieurs reprises, l'idée d'un recours au médicament

venant renforcer chez elle la crainte d'une perte totale d'indépendance et provoquant des attaques de panique. Ignorant cet élément essentiel dans l'analyse des critères jurisprudentiels, l'expert a conclu que l'absence d'un suivi psychiatrique, sans hospitalisation en psychiatrie, l'absence d'un traitement psychotrope, plaident pour l'absence d'un trouble psychique incapacitant (cf. expertise p. 18 pt 3.2.14).

L'évaluation de la cohérence est également critiquable. L'expert a noté que les troubles de la concentration et mnésiques étaient non objectivables « durant les entretiens d'expertise » (cf. expertise p. 20 pt 4.3.2). Concernant le sommeil, l'expert a indiqué ne pas retenir « de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne, dans l'absence d'une somnolence diurne au moment de l'expertise » (cf. ibidem p. 26). Or il incombait à l'expert de s'informer auprès du psychiatre traitant avant d'exclure des troubles cognitifs et des troubles du sommeil. L'expert W. _____ est même allé à affirmer que la seule incohérence de la recourante consistait en « une demande AI d'un point de vue psychique, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables chez une assurée qui gère seule son quotidien sans difficultés psychologiques en évitant les tâches lourdes physiquement » (cf. ibidem p. 18 pt 3.2.14).

Par surabondance, la Cour de céans relèvera qu'il n'appartenait pas à l'expert W. _____ de se prononcer sur un constat somatique, ce dernier se positionnant de la manière suivante (cf. expertise p. 20) :

« 4.3.1. Constats somatiques

Nous n'avons pas observé une attitude algique et des positions antalgiques chez une assurée qui a des plaintes douloureuses diffuses et qui ne peut pas réaliser les tâches lourdes physiquement. »

Rattachée à une « jurisprudence dès 2017 », ainsi qu'au descriptif de l'activité de la recourante, l'appréciation de l'expert, dénuée de fondement médical étayé, ne convainc pas. Dès lors, il n'est pas possible, en l'état, d'accorder pleine valeur probante aux conclusions du Dr W. _____.

d) Le rapport du 7 juillet 2020 de la Dre C. _____ ne peut au surplus être examiné à l'aune des indicateurs en matière d'évaluation du droit à la rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281) Il ne fournit notamment pas d'indications sur les ressources de la recourante.

e) Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique après avoir réactualisé les données médicales sur l'évolution et la thérapie du cancer. L'instruction menée par l'intimé s'avérant lacunaire et ne permettant pas de se prononcer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

5. a) Le recours doit par conséquent être admis et la décision litigieuse annulée, l'affaire étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

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 partie intimée, laquelle succombe.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 10 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ une indemnité de 1'500 fr (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour X._____),
- 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 :