

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat,
à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, divorcée et mère d'une adolescente, a suivi une formation dans le domaine de la coiffure en 1996/1997. Elle a ensuite exercé diverses activités dans les domaines de la vente, du commerce et de la gestion administrative, à des taux variables, jusqu'en 2018.

Atteinte d'un cancer du sein bilatéral diagnostiqué en avril 2019, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande déposée le 25 septembre 2019 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli les rapports médicaux établis par le Centre hospitalier C._____. Le Service d'oncologie médicale a relaté, le 11 octobre 2019, que l'assurée avait fait l'objet d'une mastectomie gauche et d'une tumorectomie droite le 10 mai 2019. En sus d'une radiothérapie mammaire dispensée entre le 22 août et le 30 septembre 2019, une hormonothérapie adjuvante avait été introduite dès juillet 2019. L'assurée mentionnait par ailleurs une anxiété importante avec des cauchemars consécutifs à un accident de la route dont elle avait été victime dans le cadre des inondations survenues dans le canton [...] le 21 juin 2019.

Par rapport du 21 novembre 2019, la Dre F._____, cheffe de clinique auprès du Service d'oncologie médicale, a signalé que l'assurée bénéficiait d'un suivi mensuel. Le traitement hormonal adjuvant avait dû être modifié à deux reprises. La patiente présentait des arthralgies « de la tête aux pieds », en particulier au niveau des hanches, ainsi que des douleurs importantes, même au repos. L'incapacité de travail, prononcée dès mai 2019, demeurait totale.

Sur questions de l'OAI, la Dre F._____ a fait état, le 9 avril 2020, de la persistance de douleurs ostéoarticulaires et musculaires (de grade 2 à 3), lesquelles touchaient surtout les hanches, les genoux et la

colonne lombaire. L'incapacité de travail était toujours totale. Une nouvelle évaluation à cet égard ne pouvait être envisagée qu'à distance du changement de traitement par hormonothérapie (réintroduit en novembre 2019).

Le 5 juin 2020, la Dre F. _____ a indiqué que sa patiente souffrait d'une atteinte articulaire responsable d'une impotence fonctionnelle, de sorte qu'une évaluation rhumatologique était en cours. L'assurée avait par ailleurs subi une reconstruction mammaire, réalisée le 13 février 2020. L'incapacité totale de travail se poursuivait.

Le 11 novembre 2020, la Dre F. _____ a rapporté une aggravation des symptômes, notamment des douleurs articulaires, de l'état de fatigue et de la vulnérabilité émotionnelle de l'assurée. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux positions statiques prolongées, aux mouvements répétitifs et au port de charges. L'assurée était toujours suivie en ambulatoire par consultations trimestrielles. La capacité de travail devait « être évaluée selon les mesures de l'AI ». Le pronostic demeurait réservé.

Dans un rapport du 8 décembre 2020, la Dre D. _____, médecin assistante au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C. _____, a signalé que l'assurée souffrait d'arthromyalgies consécutives à l'hormonothérapie, mais qu'elle n'était pas régulièrement suivie sur le plan rhumatologique. Elle ne présentait pas de limitations objectives à l'examen clinique.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR) du 7 janvier 2021, l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire sur les plans rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne. Le mandat correspondant a été délivré le 25 février 2021 au Centre d'expertises médicales G. _____ SA (ci-après : le G. _____ SA).

Les Drs N. _____, spécialiste en médecine interne générale, en pharmacologie et toxicologie cliniques, O. _____, spécialiste en

psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, en maladies rhumatismales et en médecine du sport, ont communiqué leur rapport le 9 juillet 2021. Ils ont retenu les diagnostics incapacitants d'arthromyalgies partiellement liées à l'hormonothérapie et de status après cancer du sein bilatéral synchrone diagnostiqué en avril 2019, actuellement en rémission sous hormonothérapie adjuvante. S'agissant de l'appréciation consensuelle de la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les experts se sont déterminés comme suit :

[...] Rétrospectif

Du point de vue **psychiatrique**, [la] capacité de travail a toujours été de 100 %.

Du point de vue **rhumatologique**, la capacité de travail comme réceptionniste a médico-théoriquement été de 100 % jusqu'au début du traitement d'hormonothérapie adjuvante en juillet 2019 (les incapacités de travail en lien avec le cancer sont à juger par l'expert de la médecine interne), puis la capacité de travail a selon toute vraisemblance été de 50 % en raison des effets secondaires de l'hormonothérapie, en particulier en raison des douleurs ostéoarticulaires importantes avec la nécessité de changer les médicaments plusieurs fois.

Depuis l'introduction du dernier médicament en septembre 2020 avec une amélioration des douleurs ostéoarticulaires, la capacité de travail est médico-théoriquement de 80 %.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a été de :

0 % du 01.05.2019 (à savoir 10 jours avant la chirurgie oncologique des 2 seins du 10.05.2019, puis reprise de tumorectomie du sein droit le 07.06.2019) au 31.10.2019 (1 mois après la fin de la radiothérapie adjuvante qui n'a pas entraîné de complication).

100 % du 01.11.2019 au 09.02.2020.

0 % du 10.02.2020 (hospitalisation le 12.02.2020 pour chirurgie de reconstruction mammaire du sein gauche qui a eu lieu le 13.02.2020) au 31.03.2020 (à savoir 6 semaines après l'intervention qui n'a pas entraîné de complication et sachant que la consultation de contrôle du 24.03.2020 avait été annulée en raison de l'épidémie de SARS-Cov2, sans notion dans le dossier de consultation en urgence jusqu'au contrôle du 12.05.2020 à 3 mois post-opératoires).

100 % du 01.04.2020 au 07.06.2020.

0 % du 08.06.2020 au 30.06.2020 (le 09.06.2020, la personne assurée a subi 2 interventions combinées, à savoir 1. remodelage du lambeau DIEP par transfert de graisse autologue, remodelage du sein droit par transfert de graisse autologue, correction d'oreilles cicatricielles au niveau abdominal bilatéral, et 2. hystérocopie opératoire pour résection de polype à l'anse diathermique et curetage utérin, sans complication mentionnée dans le dossier et avec un status en ordre à la consultation de contrôle du 30.06.2020).

100 % du 01.07.2020 au 30.11.2020.

0 % du 01.12.2020 au 31.12.2020 (correction cicatrice abdominale + lipofilling sein droit + mamelon gauche le 01.12.2020, pas de complication mentionnée dans le dossier, status en ordre à la consultation de contrôle du 05.01.2021)
100 % dès le 01.01.2021.

Actuel

Du point de vue **psychiatrique**, 100 %.

Du point de vue **rhumatologique**, 80 % (diminution du rendement de 20 % en raison des douleurs ostéoarticulaires partiellement imputables à l'hormonothérapie).

Du point de vue de la **médecine interne**, 100 %.

Du point de vue **interdisciplinaire**, 80 % (diminution du rendement de 20 % en raison des douleurs ostéoarticulaires partiellement imputables à l'hormonothérapie).

Évolutif/Pronostic

Du point de vue **psychiatrique**, [la] capacité de travail devrait rester stable.

Du point de vue **rhumatologique**, le pronostic est favorable et la personne assurée devrait retrouver une capacité de travail à 100 % dès la fin de l'hormonothérapie.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail restera de 100 %. [...]

Dans un avis du 6 septembre 2021, le SMR s'est rallié à l'appréciation des experts du G. _____ SA et a repris les différents taux d'incapacité de travail mentionnés par ces derniers entre le 1^{er} mai 2019 et le 31 décembre 2020. Dès le 1^{er} janvier 2021, la capacité de travail était de 80 % (en raison de la baisse de rendement de 20 % prise en compte sur le plan rhumatologique) dans toutes activités.

L'OAI a établi un projet de décision le 9 septembre 2021, informant l'assurée de son intention de lui allouer une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, du 1^{er} mai au 30 novembre 2020. Par communication du même jour, l'assurée a été mise au bénéfice d'une mesure d'aide au placement.

Par écriture du 21 septembre 2021, complétée les 25 octobre et 1^{er} décembre 2021, l'assurée a contesté le projet de décision précité et requis une instruction complémentaire de son cas. Elle a, dans un premier temps, relevé qu'elle allait faire l'objet d'une nouvelle intervention de

reconstruction mammaire le 27 octobre 2021. Elle s'est prévaluée, dans un second temps, de nouveaux rapports médicaux, à savoir :

- un rapport de la Dre F._____ du Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier C._____ du 1^{er} novembre 2021, par lequel cette spécialiste a rappelé les douleurs articulaires affectant l'assurée dans le contexte du traitement antihormonal, ainsi que l'adaptation successive dudit traitement avec des effets adverses s'installant systématiquement, ce qui rendait une reprise d'activité incompatible avec l'état de santé ; une pause thérapeutique avait à nouveau été instaurée à la dernière consultation en raison des douleurs articulaires, d'un trouble de l'adaptation et de bouffées de chaleurs avec influence sur l'accomplissement des actes de la vie quotidienne et la thymie de l'assurée ; une réévaluation de la capacité de travail devait, de l'avis de la spécialiste, être effectuée ;
- un rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ faisant suite à une consultation du 3 novembre 2021, aux termes duquel les spécialistes concluaient à l'absence de rhumatisme inflammatoire ou de maladie systémique ; les douleurs articulaires de l'assurée étaient donc probablement consécutives à l'hormonothérapie, qu'il était recommandé de mettre en pause durant quatre semaines ; l'assurée présentait par ailleurs une aponévrosite plantaire bilatérale, prédominant à gauche, pour laquelle les spécialistes recommandaient la poursuite du port de semelles de soutien plantaire ;
- un rapport du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de H._____, psychologue, du 15 novembre 2021, relatant la prise en charge de l'assurée par cette dernière entre mai et novembre 2019 ainsi qu'entre mars et juin 2021 ; les diagnostics retenus étaient ceux d'un état de stress post-traumatique (F43.1), de trouble panique (F41.0) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0) ;

- un rapport de la Dre J._____, spécialiste en neurochirurgie, du 23 novembre 2021, laquelle mettait en évidence une cervico-uncarthrose des trois derniers segments cervicaux, une discarthrose avec pincement pluri-étagé en C5-C6, C6-C7 et C7-D1 avec ostéophytose péri-discale, une hernie discale en C6-C7 et une discopathie L5-S1 ; une prise en charge soutenue après un bilan clinique et paraclinique était envisagée ; l'incapacité de travail était, de son point de vue, totale.

Sollicité pour avis, le SMR a conclu, le 3 janvier 2022, à l'absence d'éléments nouveaux objectifs de nature à faire douter des conclusions des experts du G. _____ SA.

Par décision du 10 février 2022, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, du 1^{er} mai au 30 novembre 2020, reprenant les termes de son projet de décision du 9 septembre 2021.

B. B._____ a déféré la décision du 10 février 2022 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 10 mars 2022. Elle a conclu à sa réforme et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle a contesté la capacité de travail déterminée par les experts du G. _____ SA, se fondant sur les rapports médicaux produits auprès de l'OAI au stade de la procédure d'audition. Était jointe au surplus une attestation de prise en charge spécialisée à compter du 22 février 2022, établie le 2 mars 2022 par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier retenait une incapacité de travail totale de longue durée en présence d'un état dépressif chronique et de séquelles d'un état de stress post-traumatique consécutif à l'accident de juin 2019.

L'OAI a conclu au rejet du recours dans sa réponse du 14 avril 2022.

Par réplique du 21 octobre 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Alexandre Bernel, a précisé ses conclusions, en

concluant à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès mai 2020. Elle a proposé subsidiairement le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a essentiellement fait grief à l'OAI d'avoir conféré pleine valeur probante au rapport d'expertise du G. _____ SA et écarté les rapports de ses spécialistes traitants. Etaient notamment produits de nouveaux rapports médicaux établis par le Dr P. _____ les 30 juin et 26 septembre 2022, la Dre J. _____ le 12 août 2022, la Dre F. _____ le 19 août 2022, le Service de rhumatologie du Centre hospitalier C. _____ le 7 septembre 2022, ainsi qu'une attestation de prise en charge au sein de l'Hôpital régional de [...] le 8 août 2020. En particulier, l'assurée a contesté l'appréciation du volet psychiatrique de son dossier, se prévalant des rapports du Dr P. _____. Ce dernier précisait que sa patiente souffrait d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et symptômes cognitifs, d'un trouble panique, de probables troubles mixtes de la personnalité et de séquelles post-COVID long. De l'avis de ce spécialiste, l'expert psychiatre du G. _____ SA avait minimisé les symptômes dépressifs de l'assurée, sans prendre en considération le suivi psychologique dont elle avait fait l'objet auprès du Centre hospitalier C. _____. Il n'avait, par ailleurs, pas examiné l'impact de l'accident survenu en juin 2019. Des attaques de panique documentées n'avaient pas été investiguées (cf. attestation du 8 août 2020 du Dr T. _____, médecin assistant auprès de l'Hôpital régional de [...]). L'assurée estimait par ailleurs que l'aspect oncologique, singulièrement les explications fournies par la Dre F. _____, avaient été écartées de l'appréciation des experts. En outre, aucune investigation neurologique n'avait été entreprise, alors que la Dre J. _____ avait mis en évidence diverses atteintes de ce registre dans son rapport du 23 novembre 2021, lesquelles entraînaient des limitations fonctionnelles et une incapacité totale de travail selon le nouveau rapport de cette praticienne du 12 mars 2022. Enfin, selon l'assurée, l'expert rhumatologue avait sous-estimé l'impact de l'hormonothérapie, laquelle avait dû être à nouveau interrompue postérieurement à son examen (cf. rapport du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C. _____ du 7 septembre 2022).

Dupliquant le 10 novembre 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions.

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 de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a

des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1). Ainsi, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent à toutes les rentes qui prennent naissance à partir du 1^{er} janvier 2022. En revanche, en cas de premier octroi de rente échelonnée ou limitée dans le temps et en cas de révision, la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 reste applicable, si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022 (cf. ch. 9100 et 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022 ; ch. 1007 à 1009 de la Circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rente linéaire [Circ. DT DC AI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 10 février 2022 et a alloué à la recourante une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 novembre 2020, basée sur un degré d'invalidité de 50 %. Selon l'intimé, la recourante disposerait à nouveau d'une capacité de travail de 80 % depuis le 1^{er} septembre 2020, respectivement depuis le 1^{er} janvier 2021, ce que celle-ci conteste. Dans la mesure où l'état de fait déterminant est antérieur au 31 décembre 2021 et concerne l'allocation d'une rente au-delà du 30 novembre 2020, il convient d'appliquer l'ancien droit.

4. 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) 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 (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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (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 jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec 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).

b) 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).

c) 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).

aa) 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).

bb) 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).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. a) La recourante a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire au sein du G. _____ SA, dont le rapport du 9 juillet 2021 contient une « évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels », libellée comme suit :

[...] Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée rapporte 2 crises d'angoisse séparées de plusieurs mois survenues sur l'autoroute, en l'absence de toute autre crise même minime entre les 2 événements. Elle met en lien ces crises d'angoisse avec un accident dont elle aurait été victime suite à des inondations sur la route et qui aurait nécessité une hospitalisation de 2 jours à [...], selon ses dires, événement dont il n'est pas retrouvé de trace dans les différents rapports médicaux disponibles. Cet accident serait survenu en juin 2019.

L'examen clinique et l'anamnèse ne retrouvent pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique caractérisé actif et incapacitant, en particulier, pas de pathologie dépressive ou anxieuse caractérisée, sachant que la personne assurée continue de conduire depuis plusieurs mois et ne signale pas d'ébauche de réaction anxieuse au volant.

Elle ne décrit aucun phénomène de flash-back, ni de cauchemar.

Elle ne rapporte pas de conduite d'évitement, puisqu'elle continue à conduire de manière régulière et sans difficulté signalée.

Il n'y a pas d'état d'hypervigilance ou d'état de qui-vive avec une hyperactivité neurovégétative. Il n'y a pas d'anxiété entre les 2 crises, ni de dépression ou d'idéation suicidaire. Les critères d'un état de stress post-traumatique ne sont donc pas retrouvés.

Du point de vue **rhumatologique**, la personne assurée a bénéficié de 2 interventions pour une tumorectomie d'un cancer du sein bilatéral et d'une radiothérapie complémentaire.

Elle a bénéficié aussi d'une prescription d'une hormonothérapie qui a provoqué la survenue de douleurs ostéoarticulaires et musculaires généralisées, intéressant essentiellement les chevilles, les hanches, la colonne cervicale et les mains.

Malgré une adaptation de l'hormonothérapie, les douleurs sont toujours présentes et invalidantes selon les dires de la personne assurée. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail est de 80 % en raison des douleurs ostéoarticulaires partiellement imputables à l'hormonothérapie.

En outre, il a été noté une diminution de la mobilité cervicale pouvant correspondre à une cervicarthrose débutante, une fibromyalgie floride, des douleurs péri-rotuliennes pouvant correspondre à une chondropathie rotulienne et des douleurs calcanéennes pouvant correspondre à une fasciite plantaire.

Sur le plan rhumatologique, les douleurs présentées par la personne assurée n'ont pas d'impact sur la capacité de travail en tant que téléphoniste-réceptionniste et administratrice de sociétés et sont donc tout à fait compatibles avec l'exercice normal d'une activité professionnelle.

Du point de vue de la **médecine interne**, le seul diagnostic avec influence sur la capacité de travail est un status après cancer du sein bilatéral synchrone diagnostiqué en 04.2019, actuellement en rémission sous hormonothérapie adjuvante. Par souci de lisibilité, il est renvoyé au rapport d'expertise partielle de médecine interne pour ce qui concerne la reconstitution du déroulement du diagnostic et du traitement. Au total, du point de vue de l'expert, ce diagnostic a entraîné des périodes transitoires d'incapacité de travail suite à des interventions oncologiques depuis mai 2019. Actuellement, le cancer est en rémission et il n'y a pas de limitations fonctionnelles en lien avec le cancer ni avec les suites des traitements. Depuis janvier 2021, la capacité de travail est de 100 % dans toute activité. [...]

b) On peut d'emblée observer que l'appréciation prétendument consensuelle des experts du G. _____ SA, énoncée ci-dessus, consiste de fait en une reprise littérale de divers passages des rapports établis spécifiquement par chacun des spécialistes consultés. On ne voit pas que les experts auraient procédé à un véritable consilium pour parvenir à une appréciation globale de la capacité résiduelle de travail de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, au demeurant non précisées. En outre, les difficultés liées à l'hormonothérapie, prises en considération uniquement par l'expert rhumatologue, et leur impact sur le tableau clinique présenté par la recourante n'ont fait l'objet d'aucune

évaluation consensuelle de la part des experts. On en déduit que les éléments pertinents devraient être retrouvés dans les rapports rédigés séparément par chacun des spécialistes dans son domaine de compétence. Ce morcellement ne correspond toutefois pas aux exigences d'une mission expertale dans un contexte pluridisciplinaire. L'examen desdits rapports ne permet du reste pas de pallier les défauts de l'évaluation consensuelle, ainsi qu'il sera exposé ci-dessous.

8. Eu égard au volet de médecine interne, étudié par la Dre N. _____ d, on relève que cette spécialiste a procédé aux investigations d'usage dans son domaine de compétence. Elle a en outre examiné par le détail les différentes interventions oncologiques subies par la recourante et, dans ce contexte, tenu compte uniquement des périodes d'hospitalisation correspondantes au titre d'incapacités de travail médicalement justifiées (cf. rapport d'expertise du G. _____ SA du 9 juillet 2021, expertise spécialisée de médecine interne, p. 27-30 et p. 35-37). Cela étant, la Dre N. _____ n'a nulle part analysé les effets de l'hormonothérapie adjuvante, dont les conséquences délétères ont pourtant été mises en évidence à réitérées reprises au sein du Centre hospitalier C. _____ (cf. notamment : rapports de la Dre F. _____ des 21 novembre 2019, 9 avril, 5 juin et 11 novembre 2020 ; rapport de la Dre D. _____ du 8 décembre 2020). Elle n'a pas davantage examiné si la capacité totale de travail schématiquement retenue entre les périodes d'hospitalisation de la recourante pouvait être impactée par l'hormonothérapie, ce qui rend son appréciation largement sujette à caution. Fait ainsi clairement défaut une investigation spécialisée des conséquences de ladite thérapie, laquelle aurait d'ailleurs dû être confiée à un oncologue rompu à l'usage et aux effets secondaires d'un tel traitement.

9. Sur le plan rhumatologique, le Dr L. _____ a fait état des diagnostics d'arthromyalgies partiellement liées à l'hormonothérapie, de cervicarthrose modérée, de syndrome de dysbalance musculaire avec lombalgies, de fibromyalgie, de suspicion de fasciite plantaire bilatérale et de chondropathie rotulienne. Il a considéré que seules les douleurs liées à

l'hormonothérapie pouvaient justifier une baisse de rendement de la part de la recourante, tout d'abord de 50 % dès juillet 2019, puis de 20 % dès septembre 2020 (cf. rapport d'expertise du G. _____ SA du 9 juillet 2021, expertise spécialisée rhumatologique, p. 67-70). Il n'a toutefois nullement commenté les autres diagnostics évoqués, singulièrement celui de fibromyalgie, ni indiqué pour quelles raisons ceux-ci demeuraient sans incidence sur la capacité de travail de la recourante (ce indépendamment de la jurisprudence fédérale assimilant la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux quant à l'examen de son caractère invalidant ; cf. sur cette question : ATF 132 V 65 consid. 4). Le Dr L. _____ n'a par ailleurs pas tenu compte des difficultés rencontrées à partir de septembre 2020 en lien avec l'hormonothérapie (pauses et adaptations de ce traitement), pourtant dûment documentées dans les différents rapports établis au sein du L. _____ (cf. notamment : rapports de la Dre F. _____ des 9 avril, 5 juin et 11 novembre 2020 ; rapport de la Dre D. _____ du 8 décembre 2020). Etant donné ces éléments, on peut considérer que l'analyse rhumatologique apparaît insuffisante pour emporter la conviction.

10. a) Enfin, l'évaluation psychiatrique contenue dans l'expertise du G. _____ SA, rédigée par le Dr O. _____, ne répond à l'évidence pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de ce spécialiste frappe en effet d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions.

b) Le Dr O. _____ a retenu le diagnostic de trouble anxieux, sans précision (F41.9), considéré comme sans influence sur la capacité de travail, sans fournir d'explications sérieuses et motivées susceptibles de justifier cette appréciation. Il s'est limité à communiquer les résultats de son examen clinique comme suit :

[...] La personne assurée est orientée aux 4 modes.
L'humeur est neutre.

Le débit verbal n'est ni ralenti, ni accéléré.

La gestuelle et la mimique sont expressives, adaptées et congruentes à l'humeur.

Il n'y a pas de tristesse constatée, pas de crise de larmes.

Pas de symptôme physique en faveur d'un état anxieux quand elle évoque des attaques de panique qu'elle aurait vécues sur l'autoroute, mais a les larmes aux yeux quand elle évoque l'accident et le fait d'être restée avec sa fille enfermées pendant plusieurs heures. Elle affirme : « Je n'oublierai jamais ce moment ».

Le reste de l'examen, aucun symptôme objectif en faveur d'un état anxieux ou dépressif n'est noté.

Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur.

L'attention et la concentration sont stables et de bonne qualité durant tout l'examen.

Il n'y a pas de trouble de la mémoire significatif cliniquement objectivable, en dehors du fait qu'elle affirme avoir oublié le nom de la personne qui l'aurait suivie à [...] et le nom des traitements qui lui auraient été prescrits après le décès de ses parents.

[...]

L'examen clinique et l'anamnèse ne retrouvent pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble psychiatrique caractérisé actif et incapacitant, en particulier, pas de pathologie dépressive ou anxieuse caractérisée, sachant que la personne assurée continue de conduire depuis plusieurs mois et ne signale pas d'ébauche de réaction anxieuse au volant.

Elle ne décrit aucun phénomène de flash-back, ni de cauchemar.

Elle ne rapporte pas de conduite d'évitement, puisqu'elle continue à conduire de manière régulière et sans difficulté signalée.

Il n'y a pas d'état d'hypervigilance ou d'état de qui-vive avec une hyperactivité neurovégétative. Il n'y a pas d'anxiété entre les 2 crises, ni de dépression ou d'idéation suicidaire.

Les critères d'un état de stress post-traumatique ne sont donc pas retrouvés. [...]

L'expert psychiatre a jugé superflu de procéder à des tests cliniques et n'a sollicité aucune information complémentaire auprès de tiers. En particulier, en dépit de la mention du suivi psychologique entamé auprès du Centre hospitalier C. _____ et de l'accident survenu en juin 2019 (cf. rapport du Service d'oncologie du Centre hospitalier C. _____ du 11 octobre 2019), il n'a pas considéré utile de prendre des renseignements sur cette prise en charge. Le Dr O. _____ a conclu qu'il n'y avait « aucune évaluation spécialisée antérieure, la personne assurée n'ayant jamais rencontré de psychiatre » (cf. rapport d'expertise du G. _____ SA du 9 juillet 2021, expertise spécialisée psychiatrique, p. 48 et 49). L'expert n'a dès lors procédé à aucune discussion de diagnostics différentiels, se limitant à écarter toute pathologie psychiatrique en l'absence de suivi par un psychiatre et d'incapacité de travail spécifique prononcée de ce point de vue (cf. ibidem, p. 50). L'évaluation

psychiatrique communiquée par le Dr O._____ apparaît dès lors manifestement insuffisante, au regard des pièces du dossier, singulièrement des éléments rapportés par le Dr K._____ et la psychologue H._____ (cf. rapport du 15 novembre 2021).

c) Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés de la recourante, celle-ci s'avère extrêmement succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier (cf. *ibidem*, p. 50).

d) Le rapport d'expertise psychiatrique est enfin sérieusement déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée sous consid. 6c *supra*. Les éléments relatés par le Dr O._____, eu égard à l'appréciation des ressources de la recourante, tiennent sur quelques lignes et sont constitués d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée (cf. *ibidem*, p. 49 et 50). On relèvera également la description extrêmement laconique des ressources dont disposerait la recourante, à savoir le « soutien de sa fille, de quelques amis, de son frère et de sa belle-sœur [...] [...] ». Le rapport du Dr O._____ ne fournit ainsi aucune information fouillée sur l'état de santé psychique de la recourante, ainsi que sur ses ressources et capacités effectives. Ce document ne permet donc manifestement pas d'écarter les éléments communiqués le 15 novembre 2021 par le Dr K._____ et la psychologue H._____, corroborés au stade de la présente procédure par le Dr P._____.

11. En définitive, le rapport d'expertise du G._____SA du 9 juillet 2021 apparaît insuffisant pour se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles présentées par la recourante à compter de mai 2019. Font en particulier défaut une évaluation consensuelle du cas particulier, respectivement une appréciation spécialisée des effets de l'hormonothérapie, ainsi qu'une analyse psychiatrique méticuleuse et objective de la situation.

12. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du G._____SA s'avérait largement

insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, en particulier à réception des rapports médicaux produits au stade de la procédure d'audition. Etant donné les éléments communiqués le 1^{er} novembre 2021 par la Dre F._____ quant aux suites de l'hormonothérapie et le 15 novembre 2021 par le Dr K._____, il incombait à l'intimé de solliciter, à tout le moins, des explications ou un complément auprès des experts, voire de mandater un nouveau centre d'expertise. Les pièces produites par la recourante au cours de la procédure ont par ailleurs confirmé, à la lumière des informations détaillées que celles-ci contenaient, les lacunes de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre par l'intimé.

Faute à l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause pour procéder à une nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, laquelle comprendra, en sus de volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie, notamment une évaluation spécialisée des conséquences de l'hormonothérapie par un spécialiste en oncologie.

13. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

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 2'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d) Me Bernel a été désigné en qualité d'avocat d'office dans le cadre de la présente procédure, par décision du juge instructeur du 7 juin 2022 (art. 118 al. 1 let. c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a communiqué la liste de ses opérations le 19 janvier 2023, faisant état de 18 heures et 46 minutes consacrées à l'exécution de son mandat, ce que justifie la complexité de la cause. Il y a donc lieu d'arrêter son intervention à 18 heures et 46 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]). Il convient d'ajouter des débours à concurrence de 168 fr. 90 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 273 fr. 10, ce qui représente un montant total de 3'820 fr. pour l'ensemble des opérations assumées par Me Bernel. Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'020 fr. est provisoirement supporté par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle demeure tenue de rembourser la somme de 1'020 fr., dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 10 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont portés 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 la recourante une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Alexandre Bernel, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'820 fr. (trois mille huit cent vingt francs), débours et TVA compris.
- VI.** Le montant de 1'020 fr. (mille vingt francs), non couvert par les dépens alloués, est provisoirement supporté par le canton, la subrogation de l'État de Vaud demeurant réservée.
- VII.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'État.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Alexandre Bernel, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :