

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 décembre 2020

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
M. Métral et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Tagliani

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Valentin Mermillod,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; 28 al. 2 LAI ; 72bis al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère d'une fille majeure, a déposé le 7 août 1991 une demande de rente de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état d'atteintes au dos, à la nuque et dans les avant-bras, qu'elle a retirée par courrier du 19 juin 1992.

**B. a)** Le 15 novembre 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, en faisant état de problèmes de dos existant depuis l'âge de 15 ans, précisant ne plus pouvoir faire grand-chose à la maison, et devoir vite s'allonger au risque de ne plus pouvoir bouger.

Dans un rapport du 24 mars 2004, la Dre Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervico-brachialgies sur discopathie C5-C6, de lombalgies chroniques sur troubles statiques et discopathie dégénérative au niveau L5-S1 et L4-L5, de thymie dépressive, de suspicion d'un trouble somatoforme douloureux et de déficit en fer traité.

Le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI) de [...] a été mandaté en qualité d'expert. Il résulte du rapport d'expertise interdisciplinaire du 29 mars 2006, signé par la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en rhumatologie, et par le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, notamment ce qui suit :

« **A4** **DIAGNOSTICS**

**A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F 45.4).
- Lombalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs modérés, déconditionnement musculaire).
- Cervicalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs discrets, status après spondylodèse C5-C6 le 12.01.2005 pour hernie discale C5-C6).
- Céphalées de tension probable.

#### **A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail**

- Syndrome fémoro-patellaire bilatéral.
- Suspicion de rhizarthrose débutante bilatérale.
- Status après fracture de la clavicule gauche en juin 2004.
- Rectocolite diagnostiquée en 1999.
- Status après épisode dépressif en 1998 et 2000.

[...]

Au terme de la présente évaluation, nous constatons que l'évolution clinique a été marquée par une extension progressive de la symptomatologie douloureuse, à partir d'une "épine irritative" constituée par les lombalgies, avec apparition secondaire de sciatalgies et de cervico-brachialgies prédominant à gauche, ainsi que d'un cortège de symptômes d'accompagnement (asthénie, céphalées, paresthésies). L'examen clinique révèle avant tout un trouble de la statique rachidienne et une limitation algique modérée de la mobilité du rachis cervical et lombaire dans tous les plans. Il existe également une limitation algique de la mobilité active de l'épaule gauche, alors que l'assurée est capable de s'habiller sans problème, en particulier enfiler un pull par en haut. Quant à l'examen neurologique, il révèle des troubles diffus de la sensibilité, ne respectant pas de dermatome, et de multiples lâchages antalgiques lors du testing de la force musculaire, alors que l'on n'objective ni amyotrophie ni asymétrie des réflexes ostéo-tendineux. Enfin, les points de fibromyalgie sont tous présents, témoignant d'un abaissement du seuil douloureux, et de nombreux signes de non-organicité selon Waddell sont mis en évidence, reflétant clairement une surcharge fonctionnelle.

Concernant le bilan radiologique, il montre, au niveau lombaire, un trouble de la statique et des discopathies prédominant en L5-S1, progressives par rapport aux comparatifs de 1990 et 2002, ainsi qu'une arthrose postérieure de L4 à S1, également en aggravation. Au niveau cervical, outre la spondylodèse C5-C6 avec présence d'une cage, on note une hypolordose avec une légère arthrose postérieure prédominant au niveau cervical supérieur.

Ainsi, Madame X. \_\_\_\_\_ présente non seulement des lombalgies chroniques mais également des cervicalgies chroniques, d'origine multifactorielle, survenant dans le cadre de troubles de la statique rachidienne, d'un déconditionnement musculaire global et de troubles dégénératifs modérés du rachis dorso-lombaire et discrets du rachis cervical, avec status après spondylodèse C5-C6. L'ensemble de la symptomatologie clinique, et en particulier l'importance des plaintes douloureuses, ne peut cependant de loin pas être entièrement expliqué par les constatations objectives. L'assurée est essentiellement limitée par le vécu douloureux, lequel a un immense impact psychosocial sur la vie de Madame X. \_\_\_\_\_.

Ainsi, devant ce tableau clinique, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les éléments typiques en faveur d'un tel diagnostic sont les suivants: une douleur initialement localisée au niveau lombaire et du membre inférieur gauche, s'étendant progressivement, des douleurs ressenties comme maximales en permanence, la non-réponse aux différentes mesures thérapeutiques et enfin l'absence de substrat organique pouvant expliquer l'ensemble de la symptomatologie algique. Une majoration des symptômes peut être présente, inconsciente, comme c'est souvent le cas dans le cadre du trouble somatoforme douloureux. Nous n'avons cependant aucun argument pour

suspecter une simulation volontaire de l'assurée. Nous sommes en effet persuadés de la réalité de ses douleurs et de l'importance qu'elles représentent dans le vécu quotidien de l'assurée. Enfin, nous n'avons pas observé de divergence entre les plaintes de l'assurée et les informations ressortant du dossier médical. En conclusion, nous partageons donc l'avis du Docteur Z. \_\_\_\_\_ pour retenir le diagnostic d'un trouble somatoforme douloureux persistant. Contrairement à elle par contre, nous ne retrouvons pas la thymie dépressive, l'évaluation psychiatrique ne permettant pas de mettre en évidence de symptôme de souffrance psychique actuellement. A souligner cependant que, si le substrat organique ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse, par la logique des choses, une origine psychique doit être recherchée, même si celle-ci n'a pu être décelée lors de cet entretien d'évaluation.

Théoriquement, du point de vue thérapeutique, la situation physique pourrait être améliorée par la poursuite de physiothérapie à sec, sous forme d'un reconditionnement musculaire global, d'exercices de proprioception et d'étirements musculaires, ainsi que par la pratique de balnéothérapie. De plus, un traitement antidépresseur tricyclique pourrait être instauré, dans l'idée d'élever progressivement le seuil douloureux.

Le pronostic d'un tel trouble somatoforme douloureux est réservé, malgré l'absence actuelle de comorbidité psychiatrique. Les douleurs chroniques et parfois paroxystiques interfèrent de façon majeure avec les activités quotidiennes et la vie sociale de l'assurée. En effet, l'assurée se fait aider pour le ménage et les courses, comme le confirme une enquête économique sur le ménage organisée par l'Office AI en juin 2005, et un certain retrait social s'est progressivement installé, l'assurée ne voyant plus que ses parents et deux amies. La longue évolution de ce syndrome douloureux, les premiers symptômes douloureux étant apparus durant l'adolescence déjà, et donc la fixation de cette situation depuis de nombreuses années, sont des facteurs de mauvais pronostic. L'assurée s'est en effet fortement installée dans une identité d'invalides. Enfin, l'arrêt de travail prolongé depuis maintenant presque 6 ans et l'absence d'amélioration quelconque après l'arrêt de travail, voire même plutôt une aggravation du tableau clinique, sont également des éléments négatifs.

En conclusion, une capacité de travail reste exigible de la part de cette assurée. Néanmoins, en tenant compte des éléments énumérés ci-dessus, celle-ci n'est plus que partielle.

[...]

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### ***B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés***

***Au plan physique:*** en raison des cervicalgies et lombalgies chroniques, d'exacerbation mécanique, l'assurée ne peut maintenir une position statique prolongée, debout ou assise, et devrait pouvoir changer de position régulièrement. Les mouvements en porte-à-faux du tronc doivent être évités, de même que la marche sur de longues distances et le port répété de charges, supérieures à 5-10 kg. De plus, en raison d'un abaissement du seuil de la douleur, il existe une intolérance envers les sollicitations physiques répétitives et monotones.

**Au plan psychique et mental :** l'assurée se plaint de troubles de la concentration qui interféreraient avec sa vie professionnelle, que nous n'avons pu objectiver.

**Au plan social :** le réseau social de l'assurée s'est progressivement restreint, se limitant à son cercle familial et à deux amies. Ainsi, ce retrait social expliqué par les douleurs, pourrait rendre plus difficile une intégration dans un groupe.

## **B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

### **B.2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

L'assurée a effectué une formation professionnelle de secrétaire et a travaillé soit comme vendeuse, soit comme secrétaire. La reprise d'une activité en tant que vendeuse ne nous semble pas adaptée en raison de l'exacerbation des rachialgies par les fréquents ports de charges que nécessite ce travail. Par contre, son ancienne activité de secrétaire nous semble adaptée à ses handicaps, sous réserve que l'assurée puisse régulièrement changer de position (afin de soulager son dos).

Subjectivement, la capacité résiduelle de travail de l'assurée est très restreinte en ce qui concerne les activités de son propre ménage, lequel est en grande partie pris en charge par son mari et sa fille, comme le confirme une enquête économique sur le ménage, organisée par l'Office AI en juin 2005.

### **B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

En fait, l'assurée n'est pas limitée dans ses facultés physiques (mouvements, force, motricité fine ou grossière), mais présente une forte limitation envers toutes les sollicitations physiques répétitives, car elle se fatigue rapidement et vit une exacerbation de ses douleurs.

L'importance du trouble somatoforme douloureux persistant, qui s'est installé dès l'âge de 17 ans et qui s'est progressivement aggravé, épuisant les ressources de l'assurée, son installation dans une identité d'invalides, ainsi que le retrait social secondaire, sont en effet des facteurs de mauvais pronostic quant à sa capacité de surmonter ses douleurs.

### **B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui, à raison de 4-5 heures par jour.

### **B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Dans une activité de secrétaire, on peut s'attendre à une légère diminution du rendement, non seulement en raison des fréquents changements de position dus aux cervicalgies et lombalgies, mais également en raison d'une fatigabilité augmentée. Cette diminution ne devrait pas dépasser les 10 à 15 %.

### **B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20 % ?**

A partir du 01.05.2000, la capacité de travail de l'assurée est nulle en raison d'un état dépressif.

### **B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Suite à l'instauration d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychiatrique, l'évolution sur le plan psychique a été lentement favorable. Toutefois, dès le début de l'année 2003, on note une recrudescence des plaintes somatiques, en particulier des lombalgies et des cervicalgies. Selon le rapport du 11.11.2003 du

Docteur N.\_\_\_\_\_, orthopédiste FMH, l'incapacité de travail de l'assurée est alors évaluée à 50 % dans une activité sédentaire, ce qui correspond à notre évaluation actuelle (cf. B.2.3 et B.2.4).

**B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Actuellement, il n'y a pas de trouble psychique, si ce n'est une identité d'invalidé fortement incrustée ».

Dans un rapport d'examen du Service médical régional de l'AI de la Suisse romande (ci-après : le SMR) du 23 mai 2006, le Dr W.\_\_\_\_\_ a proposé de suivre l'appréciation des experts et de retenir une capacité de travail de 60 % dans une activité légère, cette incapacité étant justifiée par les atteintes dorsales. En revanche, le trouble somatoforme douloureux ne limitait pas la capacité de travail.

**b)** Dans un rapport du 28 mars 2007, la Dre T.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Fondation [...] du TT.\_\_\_\_\_ (ci-après : TT.\_\_\_\_\_), a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

- « 1) Adénocarcinome séreux peu différencié de grade III de l'ovaire gauche Stade pT2a pN0 MO avec :
  - Micro-foyer carcinomateux de l'ovaire droit.
  - Micro-foyer de carcinome peu différencié de l'endocol.
- 2) Adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde bien différencié de grade I infiltrant focalement le myomètre de stade pT1b pN0 MO.
- 3) Status après hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale, appendicectomie, omentectomie.
- 4) Status après 6 cycles de chimiothérapie adjuvante de type Taxol/Carboplatine du 20.10.06 au 26.02.07 ».

Elle a notamment indiqué que l'assurée présentait une fatigue extrêmement importante chimio-induite ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle à ce stade.

Le 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr BB.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé, vu cette nouvelle pathologie, qu'une incapacité de travail totale dans toute activité devait être reconnue depuis septembre 2006.

Le 24 août 2007, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a communiqué à l'assurée un projet

d'acceptation de rente qu'il a confirmé par décision du 24 janvier 2008, lui reconnaissant le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, jusqu'au 30 novembre 2006, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006.

**C.** Dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin assistante au TT.\_\_\_\_\_, a établi un rapport le 3 novembre 2008 dans lequel elle a indiqué notamment ce qui suit :

« **Quelle est la situation actuelle ?** Les doléances actuelles se situent exclusivement sur le plan des douleurs, tant des douleurs ostéo-articulaires diffuses dans le cadre d'une fibromyalgie déjà diagnostiquée que des céphalées de type migraineux. Ces douleurs paraissent actuellement stabilisées sous un traitement bien conduit de Sarotène par le médecin traitant habituel, la Dresse V.\_\_\_\_\_ à [...]. Sur le plan oncologique, Madame X.\_\_\_\_\_ a bénéficié d'un suivi trimestriel durant les 2 1ères années après la fin des traitements ; le prochain contrôle est fixé à janvier 2009, après quoi les contrôles seront espacés à 6 mois.

**Quelles sont les limitations fonctionnelles ?** Les limitations fonctionnelles sont principalement liées aux douleurs mentionnées ci-dessus ; l'asthénie et les troubles de la concentration sont peut-être liés aux séquelles des traitements.

**Quelle est la capacité de travail exigible ?** Compte tenu du fait que les limitations fonctionnelles sont actuellement essentiellement dictées par le tableau douloureux chronique, nous ne sommes pas en mesure de répondre précisément à cette question, pour laquelle c'est l'avis du médecin traitant habituel qui doit faire foi ».

Dans son rapport du 2 mars 2009, la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

« **A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :**

- Cervicoscapulobrachialgies D [réd. : droites] sur status post spondylodèse C5-C6 pour hernie discale et cervicarthrose (janvier 2005)
- Dorsolombalgies chroniques et lomboradiculalgies des MI [réd. : membres inférieurs], prédominant à D, dans le contexte de :
  - o Sévères troubles statiques et posturaux avec cyphose dorsale, déficit postural en enroulement de la chaîne antérieure, dysbalances musculaire pluri-étagées
  - o Discopathies dégénératives des quatre derniers espaces lombaires avec conflit discoradiculaire L5 par saillie disco-ostéophytaire L5-S1

- o Déchirure annulaire L3-L4
- o Arthrose inter-apophysaire postérieure
- Adénocarcinome séreux de l'ovaire G [réd. : gauche] pT2a pN0 MO FIGO II (2006)
- Adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde pT1b pN0 MO (2006)
- Douleurs abdominales et troubles du transit itératifs, terrain de rectocolite ulcéro-hémorragique dans l'enfance.
- Polyneuropathie périphérique post chimiothérapie

**Diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail :**

- Status post amygdalectomie 1975
- Status post accident de la voie publique en juin 2004 avec fracture de côtes D et de clavicule G ».

Elle a en outre notamment indiqué ce qui suit :

« Le tableau douloureux actuel de Madame X. \_\_\_\_\_ est dominé par :

- Des cervico-scapulo-brachialgies D avec des douleurs de l'épaule et du coude, en présence de signes d'irritation méningée. La patiente a subi en 2005 une spondylodèse C5-C6 pour cure de hernie discale et est sur ce plan suivie au centre de la douleur à [...].
- Des lomboradiculalgies en relation avec des troubles dégénératifs pluriétagés en progression pour lesquels une approche infiltrative antalgique avec blocs facettaires va probablement être effectuée.
- De façon réactionnelle, Madame X. \_\_\_\_\_ présente un état dépressif ayant nécessité un traitement médicamenteux, initialement par Saroten qui a dû être arrêté pour importante prise pondérale. La tentative de l'introduction de Cymbalta s'est soldée par des effets secondaires de même que le Réméron et le Seropram. Une modulation du caractère neuropathique des douleurs par de la Prégabaline n'a non plus pas été toléré. Actuellement, Madame X. \_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement associant AINS, Zaldiar. [...]

**1.7 : Questions sur l'activité exercée à ce jour :**

En raison des douleurs cervicobrachiales D, éviction des mouvements répétitifs des MS [réd. : membres supérieurs], du travail au-dessus de l'horizontale, éviction des travaux en hyperextension de la nuque. En raison des lombalgies et des lomboradiculalgies, éviction des stations en position statique, des marches sur de longues distances, de travaux sollicitant le rachis en flexion antérieure, en porte-à-faux, en rotations, éviction du port de charges.

En raison du tableau oncologique, l'intense fatigabilité de Madame X. \_\_\_\_\_ génère une baisse de rendement acutisée par les variations de la thymie, de même que sa résistance très limitée.

Ainsi, même dans son quotidien, la patiente sollicite l'aide de son époux pour les tâches courantes.

A mon avis, actuellement aucune activité professionnelle ne peut être exigée de la part de Madame X. \_\_\_\_\_ ».

L'OAI a mandaté le CC.\_\_\_\_\_, (ci-après : CC.\_\_\_\_\_) pour procéder à une expertise de l'assurée. Les Drs R.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_, respectivement spécialistes en neurologie, en psychiatrie et psychothérapie, et en médecine interne générale et rhumatologie, ont établi leur rapport le 16 mars 2010. Ils ont posé les diagnostics suivants :

« 4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail*  
*Depuis quand sont-ils présents ?*

- Rachialgies cervico-lombaires sur troubles statiques et dégénératifs présents depuis 1974 environ.

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail*  
*Depuis quand sont-ils présents ?*

- Céphalées à caractère migraineux entrant dans le contexte du syndrome fibromyalgique/somatoforme douloureux, présentes depuis 1978/1979
- Possible discrète atteinte polyneuropathique sensitive post-chimiothérapie (2006)
- Troubles statiques dégénératifs modérés du rachis.
- Rhizarthrose gauche.
- Status après adénocarcinome séreux peu différencié de l'ovaire gauche et adénocarcinome de l'endomètre en 2006.
- Status après tumorectomie du sein gauche pour mastopathie fibrokystique avec foyers d'hyperplasie intra-canaulaire marquée avec atypies en 2009.
- Syndrome somatoforme persistant (F 45.4) depuis 2000 au moins ».

Les experts ont en outre indiqué notamment ce qui suit :

« Synthèse et conclusions :

Sur le plan neurologique, il s'agit d'une assurée souffrant de très longue date de lombo-sciatalgies initialement gauches, puis bilatérales suivies de l'apparition de cervico-brachialgies gauches. En raison des troubles susmentionnés, de très nombreux traitements conservateurs ont été tentés sans effet suivis d'une spondylodèse cervicale C5-C6, laquelle n'a entraîné au mieux qu'une régression des douleurs brachiales gauches. Les rachialgies se compliquent également de céphalées dont la description évoque des phénomènes migraineux, céphalées actuellement chronifiées.

En résumé, l'examen clinique révèle des troubles statiques vertébraux modérés, une contracture des muscles para-cervicaux et du chef supérieur des deux côtés ainsi que des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Il n'y a par contre pas d'éléments clairement indicateurs d'une atteinte radiculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs. Pas d'atteinte polyneuropathique majeure hormis une hypopallesthésie des membres inférieurs.

Comme mentionné ci-dessus, la revue des documents radiologiques à disposition révèle des altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées cervicales et lombaires sans évidence certaine de compression radiculaire susceptible d'expliquer la persistance et l'importance des troubles.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une atteinte significative, qu'il s'agisse d'une atteinte radiculaire ou médullaire. Bien que l'assurée signale des paresthésies au niveau des mains et des pieds, le seul élément en direction d'une atteinte polyneuropathique est la discrète hypopallesthésie mise en évidence au niveau des membres inférieurs. On est par contre frappé à l'examen clinique par la présence d'insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des 4 extrémités évoquant une « fibromyalgie ».

Compte tenu des éléments susmentionnés, il existe une discordance évidente entre l'importance des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et la discrétion des anomalies objectives significatives d'autre part. Il est évident que les altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées mises en évidence aux examens radiologiques peuvent être à l'origine de douleurs rachidiennes. Il n'y a par contre pas d'explication claire aux douleurs mentionnées au niveau des deux membres inférieurs, les discrets signes éventuels de compression radiculaire L5-S1 mis en évidence à l'IRM lombaire n'apportant pas d'explication claire aux plaintes. On notera la présence d'insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des 4 extrémités.

Sur le plan thérapeutique, il est peu probable que la poursuite du traitement actuel améliore significativement les plaintes. Dans le contexte global, il paraît peu probable que des mesures thérapeutiques additionnelles améliorent significativement la situation.

En ce qui concerne la capacité de travail, si l'on peut admettre que Madame X. \_\_\_\_\_ puisse être gênée dans des activités physiquement particulièrement lourdes, il n'y a pas de processus pathologique neurologique significatif justifiant une limitation de la capacité de travail dans l'activité de secrétaire/vendeuse, hormis éventuellement la nécessité de changer relativement fréquemment de position et une contre-indication au port régulier de charges de 10 kg ou plus.

S'agissant des troubles sensitifs apparus dans les suites du traitement de chimiothérapie instauré pour les néoplasies gynécologiques, l'atteinte polyneuropathique, si elle existe, est extrêmement discrète et ne représente pas non plus une cause d'incapacité de travail.

S'agissant des maux de tête, ces derniers, bien qu'ayant apparemment un caractère migraineux, rentrent vraisemblablement dans le cadre de la fibromyalgie/syndrome somatoforme douloureux et doivent être appréciés dans ce contexte.

Sur le plan somatique, les problèmes oncologiques survenus en septembre 2006 et en juin 2009 ont entraîné une altération de la

capacité de travail qui a été nulle temporairement. Six mois après la fin de la radiothérapie qui s'est terminée en novembre 2009 on peut considérer que Madame X. \_\_\_\_\_ retrouve la situation antérieure avec une diminution de la capacité de travail due essentiellement aux troubles dégénératifs du rachis.

Sur le plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme persistant de l'assurée n'atteint pas le degré de gravité d'une maladie psychiatrique incapacitante. En l'absence d'autres comorbidités psychiatriques, la capacité de travail de l'assurée est entière.

Remarques :

Les conclusions de cette expertise s'écartent un peu de celle de 2006 effectuée par le COMAI de Genève.

Les premiers experts mentionnent que *l'ensemble de la symptomatologie clinique, et en particulier l'importance des plaintes douloureuses, ne peut cependant de loin pas être entièrement expliqué par les constatations objectives*. Ils retiennent une capacité de travail de 4 à 5 heures par jour avec une diminution de rendement de 10 à 15 %, ce qui au total correspond à une capacité de 45 % environ. Plus loin ils mentionnent rejoindre l'évaluation du 11.11. 2003 du Dr N. \_\_\_\_\_, orthopédiste, qui avait retenu une capacité de 50 % dans une activité sédentaire. A la lecture attentive de ce rapport, on découvre que l'orthopédiste ne s'est pas du tout prononcé sur la capacité de travail à cette date. Le médecin se prononce par contre plus précisément dans un rapport daté du 23.08.2004 à l'AI. D'une part, il mentionne que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales, d'autre part il estime que la capacité de travail est *d'au moins 50 %*, ce qui n'est pas tout à fait identique à l'évaluation du COMAI, qui d'une part estime que son poste actuel de secrétaire est le plus adapté (question C1) et d'autre part mentionne qu'il n'est pas possible d'améliorer la capacité de travail (question C2).

Les experts n'ont pas mis en évidence de troubles psychiques, mais estiment que, *si le substrat organique ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse, par la logique des choses, une origine psychique doit être recherchée, même si celle-ci n'a pas pu être décelée lors de cet entretien d'évaluation*.

Nous ne suivons sur ce point pas le même raisonnement que les experts précédents. D'une part, si on considère que selon la *logique* une origine psychique doit être présente, elle devrait être alors recherchée par un examen plus approfondi, notamment avec des tests. Par ailleurs, il est fréquent qu'une manifestation somatique puisse protéger la personne contre une décompensation de la personnalité, ceci est bien connu dans la littérature sous la dénomination de *fonction du symptôme*. Ceci n'a pas été discuté. Il vrai (sic) également que dans la situation actuelle, ce qui importe le plus est l'absence de comorbidité psychique au trouble somatoforme.

Nous constatons par ailleurs, que bien que nous admettons (sic) une capacité de travail complète dans une activité adaptée, la situation médicale de base n'a pas changé depuis le moment de l'attribution

de la rente complète le 01.12.2006, hormis les périodes récentes d'éléments médicaux intercurrents qui justifient une incapacité de travail complète temporaire, mais pas durable ».

Dans un avis médical du 26 avril 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué en particulier ce qui suit :

« [...] En résumé, le rapport d'expertise démontre que l'état de santé est resté stationnaire au plan somatique en dehors des affections gynécologiques et mammaires engendrant une CT [réd. : capacité de travail] nulle temporaire ; il n'y a pas de comorbidité psychiatrique au syndrome somatoforme connu depuis près de 10 années, lequel n'a pas les critères incapacitants (pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas d'état psychique cristallisé, etc[.])[.]

Limitations fonctionnelles : activités lourdes, port de charges au-delà de 10 kg, positions statiques assis/debout prolongées ; j'ajouterai le porte-à-faux du rachis.

Capacité de travaille (sic) : nulle en toute activité de septembre 2006 à fin août 2007 et de juin 2009 à fin mai 2010.

En dehors de ces périodes, la CT est de 60 % dans l'activité de secrétariat, de vendeuse et en toute activité adaptée.

**Remarque** : nous nous écartons des conclusions des experts du COMAI 2010 quant à la CT qu'ils considèrent comme entière dans l'activité de secrétariat, vendeuse et adaptée ; après les affections oncologiques qui ont engendré une IT [réd. : incapacité de travail] totale, le statu quo ante a été retrouvé, raison pour laquelle, en l'absence d'amélioration documentée des pathologies ayant conduit en 2006 à une CT limitée à 60 %, nous ne pouvons admettre aujourd'hui une pleine CT. D'autant plus qu'en 2006, les experts COMAI avaient retenu une CT résiduelle proche de celle (50 %) donnée par le Dr N. \_\_\_\_\_, orthopédiste traitant ».

Par projet de décision du 25 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de réduire la rente, dès lors que les investigations médicales entreprises, et notamment une expertise médicale pluridisciplinaire, avaient permis de démontrer que dès la fin du mois de mai 2010, une capacité de travail de 60 % était exigible dans toute activité respectueuse de ses limitations fonctionnelles d'épargne du rachis (activités lourdes avec port de charges au-delà de 10 kg, positions statiques assis/debout prolongées, porte-à-faux).

Le 14 janvier 2014, l'assurée a contesté le projet de décision, en faisant notamment valoir que son état de santé s'était aggravé depuis

2006, que ce soit à cause de trois cancers ou de fatigue chronique, de migraines et vertiges ou encore de problèmes à la nuque et au dos.

Par décision du 24 janvier 2014, l'OAI a confirmé son projet et réduit la rente entière à un quart de rente depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014.

Le 27 janvier 2014, la Dre V.\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport dans lequel elle a retenu le diagnostic d'une spondylarthropathie active avec douleurs polyenthésitiques et sacro-iliite bilatérale documentée, sur terrain HLA-B27 négatif. Elle relate qu'au printemps 2012, le tableau douloureux était devenu sévère, quantifié à 9/10 sur l'échelle visuelle analogique de la douleur, en présence de rachialgies inflammatoires et de douleurs touchant les genoux, les hanches, les talons, les chevilles, en l'absence cette fois d'une imagerie active (scintigraphie osseuse du 8 juin 2012, IRM des articulations sacro-iliaques du 21 juin 2012). La discordance radio-clinique lui avait fait adresser la patiente pour second avis au Professeur [...] spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, qui retenait, dans les diagnostics, une suspicion de spondylarthrite et une fibromyalgie et proposait une approche de type hypnose ou thérapie cognitive. Au dernier contrôle du 7 janvier 2014, la patiente se plaignait d'intenses migraines accompagnées de vomissements, pouvant parfois durer une semaine, faisant évoquer un état de mal migraineux. Une IRM cérébrale du 20 janvier 2014 ne montrait aucune anomalie. Une IRM des sacro-iliaques ne mettait pas en évidence d'élément pour une sacro-iliite. La Dre V.\_\_\_\_\_ allait demander notamment une évaluation neurologique pour l'état de mal migraineux auprès d'un confrère neurologue.

**D.** Par acte du 21 février 2014, l'assurée a recouru contre la décision du 24 janvier 2014, en concluant au maintien de la rente d'invalidité entière. Se référant au rapport de la Dre V.\_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014, elle a expliqué que depuis l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2010, elle présentait de nouveaux troubles de santé qui faisaient qu'elle était incapable de travailler dans toute activité.

Dans le cadre de la procédure de recours, l'assurée a produit plusieurs pièces médicales, dont un rapport du 14 décembre 2015 de la Dre V.\_\_\_\_\_, pour laquelle, compte tenu de la sévérité des douleurs axiales et périphériques de rythmicité inflammatoire, et de la fatigabilité liée à l'atteinte immunitaire rhumatologique, il apparaissait inconcevable que la patiente puisse prétendre à une quelconque capacité de travail, et ceci dans n'importe quelle activité. Selon un rapport du 7 mai 2015 du Professeur L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'assurée présentait une importante lésion de discopathies dégénératives lombaires, et un status après spondylodèse cervicale sans signe de lésion inflammatoire ; il y avait probablement des lésions séquellaires plus anciennes de spondylarthropathie inflammatoire avec actuellement une poussée dégénérative plus importante bien visible au niveau du rachis lombaire.

Dans un rapport du 21 juillet 2015, également produit en procédure de recours, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a notamment posé le diagnostic de tuberculose latente.

Selon un rapport du 14 mars 2016, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique, voyait la recourante tous les six mois en raison de son anamnèse gynécologique et mammaire particulièrement sévère. Cette médecin exposé qu'en parallèle à ses trois cancers, la recourante était très diminuée physiquement par une atteinte de l'appareil locomoteur se péjorant au fil des années, et souffrait de spondylarthrite ankylosante, fibromyalgie chronique, sacro-iliite bilatérale et arthrose cervicale avec une hernie cervicale C5-C6 opérée en 2005. Pour la Dre J.\_\_\_\_\_, il n'y avait eu aucune amélioration de l'état de santé de sa patiente permettant une reprise, même partielle, d'une quelconque activité professionnelle ; elle observait plutôt chez elle une nette péjoration de son état général au fil des ans.

Dans son rapport du 16 mars 2016, la Dre V.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire indifférenciée, HLB-27 négative, pour laquelle un traitement immunosuppresseur était à nouveau

à considérer ; l'atteinte à la santé de la patiente s'était vue compliquée par une problématique oncologique en 2006. Par la suite, un cancer du sein gauche avait été diagnostiqué, traité par chirurgie et radiothérapie en 2009. La patiente avait été lourdement affectée par ces cancers sur le plan psychologique, ce qui s'associait à un tableau douloureux axial et périphérique lié à son rhumatisme qui ne s'améliorait pas, rendant impossible toute reprise professionnelle. La Dre V.\_\_\_\_\_ n'avait au fil du temps pu qu'objectiver une dégradation de l'état de santé de sa patiente, lui imposant, malgré son bon vouloir, de n'avoir jamais été en mesure de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

Le 11 juillet 2016, la recourante a produit un rapport du 15 juin 2016 de la Dre V.\_\_\_\_\_, qui a estimé que l'état anxieux de sa patiente s'était considérablement aggravé, nécessitant un cadre de suivi avec de longues consultations d'écoute.

**E.** Par arrêt du 13 juin 2017 (cause AI 34/14 - 178/2017), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée et a annulé la décision rendue le 24 janvier 2014 par l'OAI, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants. La Cour des assurances sociales a notamment relevé, au plan somatique, que les experts du CC.\_\_\_\_\_, dans leur rapport du 16 mars 2010, n'avaient pas eu connaissance du diagnostic de spondylarthropathie et n'avaient donc pas pu le discuter, les éléments radiologiques les plus récents figurant dans l'expertise datant de 2008. Les experts du CC.\_\_\_\_\_ semblaient avoir en outre mésestimé les conséquences des trois cancers de la recourante, vu les observations de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2016. Ils avaient par ailleurs retenu que les maux de tête de l'assurée rentraient vraisemblablement dans le cadre de la fibromyalgie et devaient être appréciés dans ce contexte. Toutefois, cette affirmation était en contradiction avec l'avis du Dr MM.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui avait posé le diagnostic de migraine chronique, sans cependant l'étayer. Compte tenu des lacunes de l'expertise et de l'absence de renseignements sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée entre l'expertise et la décision attaquée, il n'était pas

possible de statuer sur le plan somatique en l'état (consid. 6b/aa). Sur le plan psychiatrique, la Cour des assurances sociales a noté que l'examen des critères des troubles somatoformes douloureux selon l'ancienne jurisprudence par les experts était très sommaire, et leurs constatations contredites par la Dre V.\_\_\_\_\_ qui mentionnait un état anxieux et une baisse de thymie, et celles de la Dre J.\_\_\_\_\_, qui avait relevé que les problèmes oncologiques avaient aussi affecté son psychisme ; on ignorait en outre l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée entre l'expertise et la décision attaquée (consid. 6b/bb). Dans ces circonstances, il se justifiait de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1).

**F.** A la suite de l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 13 juin 2017, l'OAI a repris l'instruction du dossier. Le 12 septembre 2017, il a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire de la soumettre à un examen médical approfondi en médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie. L'OAI a précisé que le choix du centre d'expertise se ferait de manière aléatoire, conformément à l'art. 72bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

Dans ce cadre, le mandat d'expertise a été attribué au CC.\_\_\_\_\_, qui a chargé les Drs B.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'examiner l'assurée. Dans leur rapport à l'OAI du 13 mars 2018, les experts ont posé les diagnostics suivants (expertise, p. 33) :

« Sur le plan de la médecine interne,

- Obésité.
- Tuberculose latente en juin 2015.
- Thyroïdite d'origine médicamenteuse en novembre 2011.
- Status après carcinome in situ du sein gauche en juin 2009.
- Status après cancer de l'endomètre et de l'ovaire en septembre 2006.

Sur le plan rhumatologique,

- Troubles dégénératifs disco-vertébraux multi-étagés du rachis cervical et lombaire.

- Spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif possible (2010).
- Fibromyalgie dès 1977 versus trouble douloureux somatoforme persistant.
- Spondylodèse cervicale C5-C6 en 2005.
- Status après accident de la voie publique avec coup du lapin et fracture de la clavicule gauche en 2004.

Sur le plan neurologique.

- Céphalées mixtes, migraineuses et tensionnelles.
- Rachialgies et douleurs des quatre extrémités sans substrat neurologique.
- Hémisyndrome sensitif gauche et troubles moteurs des quatre extrémités sans substrat somatique objectivable.
- Trouble dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés sans évidence de répercussion neurologique tant radiculaire que médullaire.

Sur le plan psychique.

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) connu depuis 2000. »

Le seul diagnostic retenu avec effet sur la capacité de travail était celui de céphalées migraineuses (expertise, p. 36). Les experts ont listé les limitations fonctionnelles de l'assurée comme suit (expertise, p. 36) :

« Sur le plan physique, en raison des troubles dégénératifs du rachis l'activité ne doit pas comporter de charge supérieure à 5 à 10 kg. L'activité devrait permettre l'alternance des positions assise/debout et éviter les mouvements répétitifs en flexion, extension ou rotation du tronc et les stations prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux.

Sur le plan neurologique, les crises aiguës de migraines peuvent entraîner une incapacité de travail momentanée que l'on peut théoriquement estimer comme globalement de 10% au maximum tant dans l'activité professionnelle antérieure que dans celle de femme au foyer. »

Les experts ont estimé que l'assurée était en mesure de travailler à plein temps, avec une baisse de rendement de 10 % au plus en raison des crises aiguës de migraines, estimant que l'incapacité de travail partielle était demeurée inchangée depuis de nombreuses années, sans que l'on puisse préciser une date (expertise, p. 37).

La Dre V. \_\_\_\_\_ s'est adressée le 22 mars 2018 à l'OAI, pour l'informer d'une aggravation de l'état de sa patiente, qui présentait une acutisation de cervicalgies basses et de lombopygalgies avec

radiculalgies à bascule dans le cadre d'une poussée de sa spondylarthropathie inflammatoire. Selon une IRM du 5 mars 2018, il existait une « très importante enthésopathie, en très nette augmentation par rapport à 2016 », au niveau de l'apophyse épineuse de C7. On retrouvait des inflammations au niveau du ligament longitudinal antérieur de la région dorsale et il existait une sacro-iliite avec synovite articulaire bilatérale augmentée par rapport au dernier examen, avec enthésite inflammatoire des ligaments ilio-sacrés postérieurs.

Le 16 mai 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'expertise était fondée sur une documentation complète ainsi que sur des diagnostics précis, et apportait des réponses sans équivoque aux questions posées, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions, à savoir une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 10 %. Quant au courrier de la Dre V. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2018, il mettait en avant des rachialgies dans un contexte d'enthésopathie et de troubles dégénératifs de l'axe rachidien connus de longue date et pris en compte par les experts dans leurs conclusions.

Par courrier à l'OAI du 5 juillet 2018, la Dre V. \_\_\_\_\_ a mentionné une péjoration de l'état de sa patiente, qui présentait d'importantes douleurs de l'épaule gauche dans le contexte d'une omarthrose avec sévère ostéochondromatose secondaire. Il y aurait prochainement une intervention chirurgicale.

Par avis du 24 juillet 2018, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que les problèmes de douleurs des deux épaules étaient connus de longue date et avaient été pris en compte dans l'expertise. L'intervention au niveau de l'épaule étant à visée curative selon la Dre V. \_\_\_\_\_, on ne pouvait présager ni l'échec de dite intervention, ni la survenance de limitations fonctionnelles nouvelles et durables dans une activité adaptée de type légère, sédentaire, avec des manipulations de charges limitées, comme employée de bureau ou d'administration, ou dans l'industrie de la vente ou de la surveillance de production sur machines réglées, etc.

Par projet de décision du 7 août 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente, au motif que selon les experts, elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 10 % (du fait d'un absentéisme possible secondaire aux crises de migraine). Compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité de 55'150 fr. 30, et d'un revenu avec invalidité de 49'635 fr. 25, elle présentait un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

L'assurée a contesté ce projet le 27 août 2018. Le 5 septembre 2018, Me Valentin Marmillod a indiqué être consulté et a requis plusieurs prolongations de délai pour déposer des observations complémentaires.

Le 29 octobre 2018, la Dre V.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en sus des douleurs liées à sa spondylarthrite, sa patiente présentait une aggravation des douleurs au niveau de son épaule gauche. Elle l'avait adressée au Professeur M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui proposait la mise en place d'une prothèse totale de l'épaule.

Dans ses déterminations à l'OAI du 17 décembre 2018, l'assurée, sous la plume de son avocat, a fait valoir que de l'avis de la Dre V.\_\_\_\_\_, elle présentait de longue date une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative, déplorant que les experts aient ignoré ledit avis. Elle a ajouté que les experts n'avaient pas tenu compte de la jurisprudence sur le trouble somatoforme douloureux, ni examiné les conséquences de ses cancers, contrairement à ce que prévoyait l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales. Elle a contesté l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ de 2010, ainsi que celle de 2018. Pour elle, la réduction de rente était incompatible avec sa santé. Dans un autre moyen, elle a critiqué le fait que l'expertise pluridisciplinaire ait à nouveau été confiée au CC.\_\_\_\_\_, alors qu'elle avait demandé que le [...] (le [...]) soit désigné. Elle estimait que deux des trois experts auraient dû se récuser, puisqu'ils étaient intervenus dans son expertise de 2010 déjà.

Par avis du 3 janvier 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que dans la mesure où l'intéressée aurait bénéficié d'une pose de prothèse de l'épaule gauche à visée curative le 26 novembre 2018, il convenait d'interroger le Professeur M. \_\_\_\_\_ quant au résultat et aux suites de cette intervention.

A la requête de l'OAI, le Professeur M. \_\_\_\_\_ a indiqué le 1<sup>er</sup> février 2019 que l'évolution était favorable lors du premier contrôle post-opératoire du 8 janvier 2019. Il n'avait pas procédé à une analyse de la capacité de travail, ni des activités exigibles, ni prescrit d'incapacité de travail. Selon le protocole opératoire, l'assurée avait subi le 26 novembre 2018 une arthroplastie totale de l'épaule gauche par implant anatomique.

Le 20 mai 2019, le Professeur M. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que l'évolution était globalement favorable. Les limitations fonctionnelles théoriques au niveau de l'épaule gauche concernaient le port de charge au-delà de 3 kg et les activités répétitives au-dessus de l'horizontale. L'évolution était normale, avec des douleurs post-opératoires en régression.

Par avis du 9 juillet 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a reconnu une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2018, vu la mise en place de la prothèse de l'épaule gauche de l'assurée, avec reprise du travail dans une activité adaptée à la fin du programme de rééducation, qui s'était terminé au mois de mai 2019. Dans le cadre d'une activité adaptée, la capacité de travail était dès lors à nouveau entière, avec une baisse de rendement de 10 %, telle que décrite dans l'expertise de mars 2018.

Le 12 août 2019, la Dre V. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI que sa patiente présentait désormais des douleurs à l'épaule droite, ainsi qu'autour du bassin ; elle passait de mauvaises nuits avec de multiples réveils. Elle se plaignait également de douleurs cervico-dorsales irradiant aux membres supérieurs. Ses activités ménagères s'en trouvaient très

réduites ; les positions statiques et debout étaient trop douloureuses. La médecin a formulé plusieurs observations sur l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ de 2018, contestant que la spondylarthrite soit peu active, estimant sa patiente totalement objective, déplorant que les conséquences des trois cancers aient été mésestimées, relevant que la fatigabilité de sa patiente était multifactorielle, en lien avec son rhumatisme inflammatoire et les conséquences de ses cancers, ainsi que la succession permanente de ses atteintes à la santé. Elle a déploré une obstination des experts et du Dr G.\_\_\_\_\_ à ne pas vouloir constater la réalité. Pour elle, la capacité de travail de sa patiente était nulle depuis 2010. La médecin relevait que sa patiente avait du reste perçu une rente entière jusqu'en 2014. Elle s'est également dite étonnée que la nouvelle expertise mise en œuvre ait été à nouveau confiée au CC.\_\_\_\_\_.

Le 20 août 2019, l'OAI a requis du CC.\_\_\_\_\_ des informations complémentaires, en particulier sur les conséquences des trois cancers de l'assurée, citant les termes de l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales de 2017.

Le CC.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions de l'OAI dans un rapport complémentaire du 30 octobre 2019.

Par décision du 19 novembre 2019, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le deuxième mois suivant la notification de la décision, motif pris que sa capacité de travail était désormais entière dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 10 % du fait d'un possible absentéisme secondaire aux crises de migraine. Il en résultait un degré d'invalidité de 10 %, qui ne donnait plus droit à la rente. L'OAI a notamment exposé ce qui suit dans dite décision :

« Mme X.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice d'un quart de rente (invalidité 40 %) dès le 1<sup>er</sup> mai 2001, puis d'une rente entière (invalidité 100 %) dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 et enfin, d'un quart de rente (invalidité 46 %) dès le 1<sup>er</sup> mars 2014. Par décision du 24 janvier 2014, nous avons donc diminué les prestations, passant de la rente entière au quart de rente pour l'avenir ».

Par courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés par l'assurée à l'encontre du projet de décision du 7 août 2018.

**G.** Par acte du 6 janvier 2020, X.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Marmillod, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière sans interruption dès le 24 janvier 2014, avec intérêts, subsidiairement à sa réforme dans le sens qu'elle continue à percevoir une rente « déterminée à dire de justice » avec intérêts, dès cette même date, et plus subsidiairement à son annulation et au renvoi à l'autorité intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans un premier moyen, elle a fait grief à l'OAI de ne pas avoir statué sur la période de janvier 2014 à janvier 2020. Pour le surplus, elle a contesté entièrement la teneur des rapports d'expertise des 16 mars 2010 et 13 mars 2018, ainsi que du complément du 30 octobre 2019, car ces différents rapports étaient « lourdement contradictoires » avec les constats des différents médecins traitants s'étant déterminés sur sa situation de santé et son évolution. Elle a en particulier reproché aux experts de ne pas avoir clairement pris position sur le degré d'incapacité de travail ni sur son évolution depuis 2010, « à tout le moins depuis janvier 2014 ». A ses yeux, les constatations des experts n'étaient pas de nature à justifier une réduction de sa rente en janvier 2014, et encore moins sa suppression en janvier 2020 ; la position des experts et de l'autorité laissant plutôt apparaître un état de fait qui, pour l'essentiel, était demeuré inchangé, et n'impliquait ainsi pas une révision de la rente. La recourante a ensuite passé en revue ses différents diagnostics. Dans un autre moyen, elle a déploré que la nouvelle expertise pluridisciplinaire ait été, à nouveau, confiée au CC.\_\_\_\_\_. A titre de mesures d'instruction, elle a requis que la Dre V.\_\_\_\_\_ puisse se déterminer sur le complément d'expertise du 30 octobre 2019. Elle a également requis que la Dre J.\_\_\_\_\_ puisse se déterminer à ce sujet, ainsi que sur l'expertise de mars 2018. Elle a enfin sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 14 janvier 2020.

La requête de restitution de l'effet suspensif présentée le 30 janvier 2020 par la recourante a été rejetée par ordonnance de la juge instructrice du 3 février 2020, prévoyant que les frais et dépens de cette procédure suivraient le sort de la cause au fond.

Dans sa réponse du 10 février 2020, l'OAI a conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens que la rente est supprimée avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2014. Il s'est pour le surplus référé aux avis SMR des 3 janvier et 9 juillet 2019, ainsi qu'à son courrier du 19 novembre 2019.

La recourante a répliqué le 24 juillet 2020, en se prévalant d'un examen neuropsychologique de juin 2020, selon lequel sa capacité de travail était nulle dans l'économie libre et dans l'activité habituelle de secrétaire, seule une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles étant possible, qui toutefois s'apparenterait plus à une activité occupationnelle. Elle a ajouté que des examens mammaires effectués en juillet 2020 avaient révélé la présence d'un cancer au sein droit. La recourante a de plus contesté la suppression rétroactive de sa rente, et annoncé la production de rapports médicaux complémentaires. Elle a joint à son écriture notamment les pièces suivantes :

- le rapport précité du 22 juin 2020 de la neuropsychologue [...];
- un rapport de mammographie du 9 juillet 2020 ;
- un rapport de biopsie du 13 juillet 2020 ;
- un rapport du 21 juillet 2020 de la Dre V. \_\_\_\_\_ à son avocat, faisant état d'un cancer, d'importantes gonalgies droites pour lesquelles des investigations étaient en cours, ainsi que d'un rhumatisme inflammatoire en pleine poussée ; la médecin a répété que sa patiente était totalement incapable de travailler ;

- un rapport d'IRM du genou droit du 1<sup>er</sup> juillet 2020 faisant état d'une rupture horizontale oblique intéressant le segment postérieur du ménisque externe, avec chondropathie de grade III fémoro-tibiale externe, de grade II fémoro-patellaire, de grade II fémoro-tibiale médiale, ainsi que d'un épanchement intra-articulaire de faible abondance, et d'un volumineux kyste poplité mesurant jusqu'à 6,5 cm.

Le 10 août 2020, elle a produit une attestation de cancer gynécologique au sein droit établie le 23 juillet 2020 par la Dre DD.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Le 19 août 2020, elle a produit une lettre de consultation du 23 juillet 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, prévoyant des infiltrations du genou droit.

Se déterminant le 19 août 2020 sur la réplique du 24 juillet 2020, ainsi que sur le courrier du 10 août 2020, l'OAI a maintenu que les mesures d'instruction complémentaires diligentées à la suite de l'arrêt de renvoi du 13 juin 2017 avaient permis de confirmer l'amélioration de la situation qui fondait la décision de diminution des prestations du 24 janvier 2014, si bien que la rente aurait dû être supprimée avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2014. Quant à l'évolution actuelle de l'état de santé de la recourante, elle ne pourrait faire l'objet que d'un examen lors d'une nouvelle demande de prestations.

Le 15 septembre 2020, la recourante a produit une attestation de la Dre [...], spécialiste en gynécologie et obstétrique, datée du 10 septembre 2020. La médecin y attestait du fait que la recourante était adressée pour une suite de prise en charge en oncologie médicale et en radio-oncologie au TT.\_\_\_\_\_, en vue d'une chimiothérapie et radiothérapie adjuvante.

Le 6 octobre 2020, la recourante a encore produit les pièces suivantes :

- ses réponses à des auto-questionnaires BASDAI [*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*] et BASFI [*Bath Ankylosing Spondylitis Functionnal Index*] du 4 septembre 2020 ;
- un rapport du 16 septembre 2020 de la Dre F.\_\_\_\_\_ selon lequel elle présentait un carcinome invasif du sein droit diagnostiqué par biopsie le 13 juillet 2020, et ayant conduit à une tumorectomie droite et recherche de ganglion sentinelle droit le 25 août 2020 ;
- un rapport du 23 septembre 2020 de la Dre F.\_\_\_\_\_ indiquant que la patiente allait commencer un traitement adjuvant par chimiothérapie et un traitement anti-HER-2 le 25 septembre 2020, avec un déroulement pour minimum une année ;
- une nouvelle demande de prestations AI, datée du 7 septembre 2020, et faisant notamment état de « 4 cancers dont 3 en rémission ».

Le 8 décembre 2020, elle a finalement produit un rapport du 29 novembre 2020 de la Dre DD.\_\_\_\_\_, qui a indiqué que sa patiente était sous traitement adjuvant de chimiothérapie, son incapacité de travail étant totale.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA 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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c, 57 et 60 al. 2 LPGA ; 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 la suppression, par voie de révision, de la rente d'invalidité reconnue par décision du 24 janvier 2008 (la décision rendue par l'OAI le 24 janvier 2014 ayant été annulée par l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales du 13 juin 2017).

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 et les références citées). Les faits qui sont survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en règle générale faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1; TF 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.3).

En l'occurrence, l'atteinte oncologique diagnostiquée en juillet 2020 l'a été postérieurement à la décision attaquée, du 19 novembre 2019, date à laquelle la recourante ne la présentait pas encore. Il n'en sera dès lors pas tenu compte, étant établi que la recourante a déposé une nouvelle demande à l'appui de laquelle elle a fait état de son cancer au sein droit.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

**b)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière (al. 2).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait 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 - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**4. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

**b)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**c) aa)** 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).

**bb)** 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).

**cc)** 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).

**5.** Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'OAI d'avoir confié à nouveau une expertise pluridisciplinaire au CC. \_\_\_\_\_, centre auprès duquel elle s'était déjà fait examiner en 2010.

**a)** Afin d'assurer une procédure administrative et de recours équitable, l'ATF 137 V 210 a dégagé un certain nombre de principes (droits de participation ; droit à une décision incidente sujette à recours ; droit à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire) et de recommandations ayant pour but de définir un standard uniforme en matière de mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire auprès d'un COMAI. A l'invitation du Tribunal fédéral, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a également mis en place à la suite de cet arrêt une plate-forme (SuisseMED@P) destinée aux offices AI pour l'attribution sur une base aléatoire des mandats d'expertise médicale pluridisciplinaire (art. 72bis RAI ; ATF 139 V 496 consid. 4.1).

L'art. 72bis al. 1 RAI dispose ainsi que les expertises comprenant trois ou plus de trois disciplines médicales doivent se dérouler auprès d'un centre d'expertises médicales lié à l'office fédéral par une convention. L'attribution du mandat d'expertise doit se faire de manière aléatoire (al. 2).

**b)** L'OAI a suivi la procédure consacrée par l'art. 72bis al. 2 RAI, sans que le dossier ne contienne d'éléments tendant à établir l'absence d'attribution aléatoire du mandat d'expertise. S'y trouve ainsi un courriel du 22 octobre 2017 de l'équipe SwissMED@P faisant état de

l'attribution du mandat au CC.\_\_\_\_\_. L'on peut certes s'interroger sur le point de savoir si l'OAI n'aurait pas dû spontanément, bien qu'ayant procédé conformément à l'art. 72bis al. 2 RAI, récuser le CC.\_\_\_\_\_ pour s'être déjà prononcé dans le dossier de la recourante. Toutefois, la Dre V.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a été informée que sa patiente serait à nouveau examinée par le CC.\_\_\_\_\_ (cf. courrier du 23 octobre 2017), sans qu'elle ne réagisse à cette désignation. La recourante en a elle-même été informée le 16 novembre 2017, ainsi que de la liste des médecins qui procéderaient aux divers examens. Un délai lui était imparti pour faire valoir ses éventuels motifs de récusation à leur rencontre. Elle n'a cependant pas réagi dans ce délai. Elle ne peut dès lors valablement remettre en cause, au stade du recours, la désignation du CC.\_\_\_\_\_. Le seul fait, au demeurant, qu'un centre d'expertise intervienne à deux reprises ne permet pas encore de fonder un manque d'objectivité de la part des experts. Selon la jurisprudence en effet, un expert ne peut pas être révoqué parce qu'il a déjà eu l'occasion par le passé de réaliser une expertise au sujet de la personne concernée, pour autant cependant que le résultat de la procédure apparaisse ouvert en ce qui concerne les faits concrets et les questions juridiques à résoudre, et qu'il n'y ait objectivement pas d'apparence de prévention (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2). De même, le fait que les experts, en 2018, renvoient sur certains points au rapport réalisé en 2010 ne conduit pas à mettre en doute leur impartialité, en l'absence de toute apparence de prévention. L'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales ne faisait au demeurant pas état de critiques à l'égard des experts, ni ne remettait en cause leur rapport, mais était essentiellement fondé sur les éléments médicaux nouveaux venus s'ajouter au dossier de la recourante depuis le rapport d'expertise du CC.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2010. Le renvoi était ainsi pour l'essentiel fondé sur le fait que les experts n'avaient pas eu connaissance du diagnostic de spondylarthropathie et n'avaient donc pas pu le discuter ; il leur appartenait également d'examiner les conséquences des trois cancers de la recourante à la lumière des observations de la Dre J.\_\_\_\_\_ du 14 mars 2016. La Cour des assurances sociales a ainsi estimé en 2017 que le complément d'expertise devrait porter sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée entre l'expertise et la décision

attaquée, aux plans somatique et psychique (Cour des assurances sociales AI 34/14 - 178/2017 du 13 juin 2017 consid. 6b/aa et 6b/bb).

La recourante relève que la Cour des assurances sociales avait mis en avant le caractère sommaire de l'examen du trouble somatoforme douloureux. Or, lorsque le CC. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport, en 2010, il s'est fondé sur les critères qui prévalaient alors en la matière, ce dont on peut difficilement lui faire grief, dans la mesure où la jurisprudence n'a été modifiée qu'avec l'arrêt publié aux ATF 141 V 281, rendu le 3 juin 2015, soit plus de cinq années après le rapport de mars 2010 du CC. \_\_\_\_\_. L'expert en charge du volet psychiatrique en 2018 n'est par ailleurs pas celui qui était intervenu en 2010.

Dans ces conditions, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle soutient, à l'appui de son recours, que le CC. \_\_\_\_\_ aurait dû être récusé, singulièrement qu'il y aurait lieu, au motif que le CC. \_\_\_\_\_ est déjà intervenu, de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

**6. a)** A l'appui de son recours, la recourante plaide pour l'essentiel que les rapports d'expertise du CC. \_\_\_\_\_ de 2010 et 2018, ainsi que le complément de 2019, ne sont pas probants, et que les rapports établis par ses médecins traitants devraient dès lors leur être préférés. A ses yeux, son état de santé n'a plus connu d'amélioration, si bien qu'elle a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité sans limitation dans le temps, depuis janvier 2014.

Il y a en l'occurrence lieu d'examiner, conformément à l'art. 17 LPGA, les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 24 janvier 2008 par laquelle l'OAI a reconnu à la recourante le droit à un quart de rente du 1<sup>er</sup> mai 2001 au 30 novembre 2006, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006 - à savoir la dernière décision entrée en force qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 19 novembre 2019.

On rappellera à cet égard que dans le cadre de sa demande du 15 novembre 2001, la recourante faisait état de problèmes de dos, existant depuis l'âge de 15 ans, en précisant ne plus pouvoir faire grand-chose à la maison, et devoir vite s'allonger au risque de ne plus pouvoir bouger. L'OAI avait alors confié une expertise au COMAI. Dans leur rapport du 29 mars 2006, les experts avaient retenu avec effet sur la capacité de travail les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10 : F 45.4), de lombalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs modérés, déconditionnement musculaire), de cervicalgies chroniques d'origine multifactorielle (troubles statiques, troubles dégénératifs discrets, status après spondylodèse C5-C6 le 12 janvier 2005 pour hernie discale C5-C6) et de céphalées de tension probables. Ils avaient estimé que la recourante ne pouvait maintenir une position statique prolongée, debout ou assise, et aurait dû pouvoir changer de position régulièrement, les mouvements en porte-à-faux du tronc devant être évités, ainsi que la marche sur de longues distances et le port répété de charges supérieures à 5-10 kg. Il existait en plus une intolérance envers les sollicitations physiques répétitives et monotones. Selon les experts, la reprise d'une activité en tant que vendeuse n'était pas adaptée mais l'ancienne activité de secrétaire de la recourante l'était, sous réserve de la possibilité de régulièrement changer de position (afin de soulager son dos), une telle activité étant exigible à raison de 4 à 5 heures par jour avec une légère diminution de rendement de 10 à 15 %. Se référant à l'évaluation du Dr N.\_\_\_\_\_, qui retenait une incapacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire, ils ont estimé qu'elle correspondait à leur évaluation à ce moment-là.

Sur le plan psychique, les experts avaient posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant. Ils avaient exposé que l'importance de celui-ci – qui s'était installé dès l'âge de dix-sept ans et s'était progressivement aggravé, épuisant les ressources de la recourante –, son installation dans une identité d'invalides, ainsi que le retrait social

secondaire, étaient des facteurs de mauvais pronostic quant à la capacité de cette dernière de surmonter ses douleurs. Ils avaient toutefois estimé qu'il n'y avait pas de trouble psychique, si ce n'est une identité d'invalidé fortement incrustée.

Dans son rapport du 23 mai 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ du SMR avait proposé de suivre l'appréciation des experts et de retenir une capacité de travail de 60 % dans une activité légère, cette incapacité étant justifiée par les atteintes dorsales. En revanche, le trouble somatoforme douloureux ne limitait pas la capacité de travail.

En 2006, la recourante s'est vue diagnostiquer deux cancers, soit un adénocarcinome séreux peu différencié de grade III de l'ovaire gauche et un adénocarcinome de l'endomètre de type endométrioïde bien différencié de grade I. Dans son rapport du 28 mars 2007, la Dre T. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que la recourante présentait une fatigue extrêmement importante chimio-induite ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle à ce moment-là. C'est pour cette raison que par avis du 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr BB. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu, vu cette nouvelle pathologie, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le mois de septembre 2006.

Procédant à la révision d'office du droit à la rente entière reconnu depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2006 compte tenu de l'atteinte oncologique (cf. décision du 24 janvier 2008), l'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire aux experts du CC. \_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 16 mars 2010, ceux-ci ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies cervico-lombaires sur troubles statiques et dégénératifs.

Ils ont exposé que l'examen clinique révélait des troubles statiques vertébraux modérés, une contracture des muscles paracervicaux et du chef supérieur des deux côtés, ainsi que des insertions tendineuses toutes sensibles au niveau des membres supérieurs et inférieurs. Ils n'ont en revanche pas constaté d'éléments clairement

indicateurs d'une atteinte radriculaire tant au niveau des membres supérieurs qu'inférieurs, ni d'atteinte polyneuropathique majeure hormis une hypopallesthésie des membres inférieurs. Ils ont estimé que leur bilan n'apportait pas la preuve d'une atteinte significative, mais qu'il existait une discordance évidente entre l'importance des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail, d'une part, et la discrétion des anomalies objectives significatives, d'autre part. Pour les experts du CC.\_\_\_\_\_, si l'on pouvait admettre que la recourante puisse être gênée dans des activités physiquement particulièrement lourdes, il n'y avait pas de processus pathologique neurologique significatif justifiant une limitation de la capacité de travail dans l'activité de secrétaire/vendeuse, hormis éventuellement la nécessité de changer relativement fréquemment de position et une contre-indication au port régulier de charges de 10 kg ou plus. S'agissant des troubles sensitifs apparus dans les suites du traitement de chimiothérapie instauré pour les néoplasies gynécologiques, l'atteinte polyneuropathique, si elle existait, était extrêmement discrète et ne représentait pas non plus une cause d'incapacité de travail. Sur le plan somatique, les problèmes oncologiques survenus en septembre 2006 et en juin 2009 avaient entraîné une altération de la capacité de travail, qui avait été nulle temporairement. Six mois après la fin de la radiothérapie qui s'était terminée en novembre 2009, on pouvait considérer que la recourante avait retrouvé la situation antérieure avec une diminution de la capacité de travail due essentiellement aux troubles dégénératifs du rachis. Pour les experts du CC.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était complète dans une activité adaptée, hormis les périodes récentes [réd. : de traitement des cancers] qui justifiaient une incapacité de travail complète temporaire, mais pas durable.

Sur la base de cette expertise, l'OAI a, par décision du 24 janvier 2014, reconnu à la recourante le droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, en lieu et place de la rente entière qui lui avait été reconnue à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2006 vu son atteinte oncologique. Dans la mesure cependant où la recourante a produit plusieurs pièces complémentaires durant la procédure de recours dirigée contre la décision du 24 janvier 2014, la Cour des assurances sociales a estimé qu'il

convenait de compléter l'instruction, en tenant compte des éléments mis en avant par les médecins traitants de la recourante. Selon l'arrêt de renvoi de la Cour des assurances sociales, au plan somatique, le nouveau diagnostic de spondylarthropathie inflammatoire indifférenciée posé en janvier 2014 par la Dre V.\_\_\_\_\_ n'avait pas été mentionné par les experts dans leur rapport, et les examens radiologiques les plus récents mentionnés dans l'expertise dataient de 2008. Toujours selon l'arrêt de renvoi, les experts semblaient avoir mésestimé les conséquences des trois cancers que la recourante avait présentés, dont la Dre J.\_\_\_\_\_ avait fait état dans sa lettre du 14 mars 2016. Quant à l'affirmation des experts selon laquelle les maux de tête rentraient vraisemblablement dans le cadre de la fibromyalgie/syndrome somatoforme douloureux, elle était non étayée et en contradiction avec l'avis du Dr MM.\_\_\_\_\_, qui avait posé le diagnostic de migraine chronique. S'agissant du plan psychique, les experts avaient procédé, selon l'arrêt de renvoi, à un examen très sommaire des critères des troubles somatoformes selon l'ancienne jurisprudence, et leurs observations étaient contredites par les Dres V.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_.

C'est dans ce contexte que la cause a été retournée à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une instruction complémentaire sous forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Le CC.\_\_\_\_\_ a alors été désigné, et a effectué une expertise de la recourante avec des volets de médecine interne, de neurologie, de psychiatrie et de rhumatologie. La recourante a été examinée le 10 janvier 2018. Les experts ont notamment complété leur étude du dossier par un examen sanguin, un *monitoring* médicamenteux et un rapport de laboratoire. Ils ont constaté que les plaintes de la recourante étaient essentiellement superposables à celles mentionnées en 2010. Elle indiquait toujours souffrir de céphalées, depuis l'enfance, qui étaient devenues progressivement plus importantes et fréquentes. Elle mentionnait également des rachialgies cervico-dorso-lombaires, et des cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche. Depuis le traitement de ses néoplasies avec chimiothérapie, elle se plaignait en outre d'une fatigue et de troubles sensitivo-moteurs distaux des membres inférieurs.

En 2018, les experts du CC. \_\_\_\_\_ ont constaté, sur le plan de la médecine interne, que les cancers de l'endomètre et de l'ovaire (2006) et du sein gauche (2009) n'avaient pas d'influence sur les capacités fonctionnelles actuellement ; la recourante n'avait pas reçu de traitement de Tamoxifen ni d'inhibiteur de l'aromatase, lesquels pouvaient provoquer ou aggraver des arthralgies. Les tests thyroïdiens étaient dans la norme, et la recourante n'avait jamais développé de tuberculose clinique.

En recours, la recourante a fait état d'un syndrome « CrF » (« *Cancer related Fatigue* »), soutenant que les experts n'avaient pas convenablement instruit cette question. Or, un complément d'expertise a été sollicité auprès du CC. \_\_\_\_\_, qui porte précisément sur cette problématique. Ainsi, dans leur rapport complémentaire du 30 octobre 2019, les experts ont été spécifiquement priés de prendre position sur les raisons pour lesquelles ils retenaient que les cancers de l'endomètre, de l'ovaire et du sein gauche n'avaient pas d'influence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée au moment de l'expertise, et d'indiquer depuis quand cette appréciation était valable, avec la précision que le dernier événement (cancer du sein gauche) était survenu en 2009. Dans ce cadre, ils ont expliqué que la recourante leur avait déclaré faire régulièrement des contrôles en gynécologie et oncologie, lesquels selon elle étaient satisfaisants, sans signe de récurrence. Selon le rapport du centre pluridisciplinaire d'oncologie du 9 février 2011, le traitement d'hormonothérapie n'avait finalement pas été retenu. Les experts ont ainsi noté que la recourante ne suivait plus de traitement à visée oncologique depuis la fin de l'année 2009 ; comme ils l'avaient indiqué dans le rapport du 16 mars 2010, les cancers étaient en rémission complète. Il n'y avait pas d'élément à même d'expliquer une diminution des capacités fonctionnelles ; pour eux, les cancers n'avaient plus d'influence sur lesdites capacités depuis 2010. S'agissant du syndrome « CrF », ils ont noté que les symptômes pouvaient se prolonger dans un tiers des cas environ jusqu'à 5 à 10 ans après la fin du traitement. Ils avaient toutefois tendance à diminuer avec le temps, ce qui n'était pas le cas pour la

recourante, qui annonçait une amplification des plaintes. Or, celles-ci étaient déjà présentes avant la découverte et le traitement des cancers. Il n'y avait pas non plus d'autre pathologie telle qu'une anémie (pour expliquer la fatigue), une polyneuropathie (pour expliquer les troubles sensitifs des membres) ou une arthropathie inflammatoire. Ainsi, les experts ont exposé que les plaintes subjectives de la recourante étaient vraisemblablement en rapport avec un trouble somatoforme douloureux persistant, plutôt qu'avec le diagnostic de « CrF ». Les experts se sont ainsi déterminés avec soin sur cette question, et ont motivé les raisons les conduisant à exclure le diagnostic de « CrF », et à retenir, sans effet sur la capacité de travail, ceux de status après carcinome *in situ* du sein gauche en 2009, et de status après cancer de l'endomètre et de l'ovaire en septembre 2006.

Au plan rhumatologique, les experts ont retenu qu'une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négative était possiblement présente chez la recourante. Ils ont toutefois noté qu'elle ne répondait pas aux différentes thérapies biologiques, et mal au traitement anti-inflammatoire. A leurs yeux, si cette maladie était présente, elle était cliniquement peu active et n'influçait pas significativement la capacité de travail. La recourante plaide à cet égard que la Dre V.\_\_\_\_\_, qui la suit depuis quatorze ans, conteste que la spondylarthrite soit « cliniquement peu active ». Les experts ont pourtant détaillé leur examen rhumatologique, en notant que l'examen des articulations périphériques ne révélait pas de signe d'arthrite, synovite ou ténosynovite. En particulier, les différentes articulations des mains avaient une mobilité normale, de même que les poignets et les coudes. A l'examen des membres inférieurs, il n'y avait pas non plus de signe inflammatoire. La mobilité des hanches était correcte, celle des genoux normale. Les chevilles, tarses et avant-pieds ne présentaient pas de signe inflammatoire. Toutefois, l'ensemble du corps était annoncé douloureux à la palpation. A cet égard, l'expert rhumatologue a observé que la notion de fibromyalgie était présente chez la recourante depuis 1977. Il y avait par ailleurs des troubles dégénératifs indéniables au niveau du rachis sous forme d'atteinte disco-vertébrale multi-étagée. C'est sur la base de ces constats que les experts ont estimé

que le tableau évoquait avant tout un trouble somatoforme, les atteintes somatiques objectives n'expliquant que partiellement l'importante symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles qui en découleraient.

**b)** La recourante reproche à l'examen de ne pas porter sur la période de 2010 à janvier 2014. Or, durant cette période, et l'OAI ne le remet pas en question, elle a été mise au bénéfice d'une rente entière. Il est par ailleurs erroné d'affirmer que les experts n'ont pas fait preuve de nuance dans leur appréciation de la spondylarthrite. Ils ont en effet exposé que depuis 2010, la recourante avait eu quatre IRM des sacro-iliaques. Elle avait été examinée en 2012 dans le service de rhumatologie du TT. \_\_\_\_\_ où l'on avait retenu qu'il n'y avait pas de signe inflammatoire, mais des signes d'arthrose ; une scintigraphie n'avait montré aucun argument scintigraphique pour une arthropathie inflammatoire. Seul le Professeur L. \_\_\_\_\_, à la relecture des images, avait retenu que le diagnostic était compatible. Par la suite, en 2015 et 2016 notamment, il avait parlé d'aspect de séquelles de sacro-iliite, mais jamais de signe inflammatoire présent. Pour les experts, les signes radiologiques qui avaient été à la base du diagnostic étaient dès lors pour le moins ténus ou fugaces, la répétition des IRM n'ayant pas montré de signe inflammatoire qui perdurait. A cet égard, la recourante se prévaut des rapports de sa rhumatologue traitante, la Dre V. \_\_\_\_\_. Or, ces rapports ont été dûment pris en considération par les experts, qui se sont dès lors prononcés en pleine connaissance de cause. Le seul fait que la Dre V. \_\_\_\_\_ ne partage pas leur appréciation ne prive pas cette dernière de toute valeur, dès lors que les experts ont motivé leur point de vue, lequel s'écarte de celui de la Dre V. \_\_\_\_\_.

Pour le surplus, il est exact que les experts n'ont pas fait état dans leur rapport du 13 mars 2018 de l'opération - postérieure à l'établissement du rapport d'expertise - que la recourante a subie, le 26 novembre 2018, au niveau de l'épaule gauche (prothèse totale avec implant inversé). Les experts n'ont pas non plus abordé cette question dans le complément du 30 octobre 2019. On ne peut toutefois pas leur en

faire grief, dans la mesure où c'est l'OAI, singulièrement son SMR, qui a instruit cette question. Ainsi, par avis du 3 janvier 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que dans la mesure où la recourante avait bénéficié d'une pose de prothèse de l'épaule gauche à visée curative le 26 novembre 2018, il convenait d'interroger le Professeur M. \_\_\_\_\_. Ce dernier lui a alors fait savoir, le 1<sup>er</sup> février 2019, que l'évolution était favorable lors du premier contrôle post-opératoire du 8 janvier 2019. Interpellé à nouveau par l'OAI, le Professeur M. \_\_\_\_\_ a indiqué le 20 mai 2019 que l'évolution était globalement favorable, les limitations fonctionnelles théoriques au niveau de l'épaule gauche concernant le port de charge au-delà de 3kg et les activités répétitives au-dessus de l'horizontale. L'évolution était normale, avec des douleurs post-opératoires en rémission. Ainsi, le 9 juillet 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a reconnu une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2018, vu la mise en place de la prothèse de l'épaule gauche, avec reprise du travail dans une activité adaptée à la fin du programme de rééducation, qui s'était terminé en mai 2019. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était à nouveau entière, avec baisse de rendement de 10 %, telle que décrit dans l'expertise de mars 2018. On ne peut déceler dans ce qui précède une violation par l'intimé de son devoir d'instruction, pas plus qu'une absence de prise en considération de l'atteinte à l'épaule gauche.

Sur le plan neurologique, les experts ont constaté que l'examen pratiqué permettait de retrouver une limitation modérée et sensible localement de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire, sans provocation de radiculalgies, tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs. Les épreuves de marche étaient correctement effectuées, l'examen des paires crâniennes était normal. Globalement, en comparant le bilan de 2018 à celui de 2010, il n'y avait pas d'évidence d'une aggravation significative des plaintes et des troubles objectifs. Afin toutefois de tenir compte de la composante migraineuse, il y avait lieu de retenir qu'elle induisait au maximum une incapacité de travail de 10 %, en relation avec des crises algiques particulièrement aiguës ne répondant pas à la médication. La recourante a produit en réplique un examen neuropsychologique de juin 2020, dont elle se prévaut. Or, ce dernier a

été effectué le 22 juin 2020, moins d'un mois avant que ne soit diagnostiqué chez elle un nouveau cancer, et plus de sept mois après la décision attaquée. Les éléments qui y figurent ne paraissent au demeurant pas remettre en cause les conclusions des rapports d'expertise. Ils seront quoi qu'il en soit pris en considération dans le cadre de l'examen de la capacité de travail de la recourante que l'intimé mènera à la suite de sa nouvelle demande de prestations du 7 septembre 2020.

Au plan psychique, les experts ont certes noté que la recourante se sentait parfois triste, stressée et avait perdu plus de 4 kg depuis que son mari avait été hospitalisé à la fin de l'année 2017. Ses douleurs perturbaient son sommeil ; elle avait de la difficulté à se concentrer et était fatigable. Toutefois, elle restait active (dans la mesure de ses problèmes physiques), et n'était pas repliée socialement. Il ressort ainsi du descriptif de l'une de ses journées qu'elle sort faire les courses, le matin ou durant l'après-midi, qu'elle s'occupe de son chat et voit des amis, des voisins ou sa fille. Pour les experts, l'examen psychiatrique restait dans les limites de la norme. Ils n'ont relevé aucun signe des lignées dépressive, anxieuse, ni psychotique. Aucun signe patent de troubles cognitifs n'a été constaté ; la recourante n'est pas ralentie. Le contenu de la pensée était focalisé sur ses douleurs chroniques et leurs conséquences sur sa vie quotidienne. Pour les experts, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) connu depuis 2000 demeurait sans effet sur la capacité de travail. Les experts ont expliqué pourquoi ce diagnostic était sans effet sur la capacité de travail, sans que la recourante ne puisse être suivie lorsqu'elle affirme que le diagnostic en question n'a pas été posé selon les règles de l'art. En particulier, ils ont estimé que les ressources personnelles étaient partiellement conservées (complément d'expertise, p. 3) et ont noté que la recourante demeurait active dans la mesure de ses problèmes physiques (expertise, p. 32). Ils ont relevé que le syndrome douloureux chronique restait la plainte dominante ; cela provoquait une sollicitude et une aide accrue de la part de son entourage. En outre, les problèmes psycho-sociaux étaient suffisamment importants pour être considérés comme un facteur déclenchant et de maintien de cette problématique : harcèlement sexuel

[réd. survenu sur le lieu de travail de 1998 à 2000, de la part de son chef direct, lorsqu'elle travaillait comme nettoyeuse dans une école, cf. expertise, p. 21], problèmes de santé de ses parents lorsque le syndrome douloureux est apparu et plus récemment, problèmes de santé de son mari. Les experts ont ajouté que la symptomatologie dépressive légère rentrait dans le cadre du trouble somatoforme. Les experts ont tenu compte de la grille d'évaluation pour déterminer la capacité de travail réellement exigible. Ils ont en particulier examiné le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, et procédé à l'analyse du contexte social, comme des ressources de l'assurée. Interpellés sur la question de la cohérence dans le cadre du complément d'instruction du 30 octobre 2019, ils ont encore précisé que la symptomatologie était cohérente, et que l'état psychique était stationnaire depuis 2009, ne retenant pas d'incapacité de travail depuis lors pour des raisons psychiatriques. On peine dans ces conditions à suivre la recourante, lorsqu'elle déplore, s'agissant du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qu'« aucun médecin spécialiste de la discipline concernée ne se [soit] déterminé » sur son cas, « en dehors des experts ». Il incombait en effet à ces derniers de se prononcer en particulier sur cette problématique, ce qu'ils ont fait. Quant au fait que les experts ont retenu qu'elle partait en vacances chaque année, alors qu'elle explique se contenter d'aller voir ses parents âgés, il ne s'agit pas d'un élément déterminant, étant constant qu'elle est en mesure de voyager, et qu'elle a, par exemple, pris l'avion seule au mois de septembre 2017 pour se rendre en Espagne, ce qu'elle ne conteste pas.

Il résulte des considérations qui précèdent que l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2018 remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante : elle est en effet fondée sur une étude détaillée du dossier, prend en considération les plaintes de la recourante, et tient compte des éléments médicaux venus s'ajouter au dossier de l'intéressée depuis la décision de l'OAI du 24 janvier 2014, en particulier les prises de position de la Dre V.\_\_\_\_\_. Les réponses apportées par les experts sont claires et dénuées de contradiction. Pour le surplus, si la Cour des assurances sociales avait

estimé en 2017 qu'un complément d'instruction se justifiait, c'était aussi – sinon essentiellement – pour établir l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2010. Or, il résulte de l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ du 16 mars 2010 que la recourante a présenté une capacité de travail entière dans une activité adaptée six mois après la fin de la radiothérapie, qui s'était terminée en novembre 2009, soit à compter du mois de mai 2010. Quant à l'expertise du CC.\_\_\_\_\_ de mars 2018, pleinement probante, elle a fait état d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 10 % pour tenir compte des migraines. Ainsi, la situation de la recourante a bien connu une amélioration depuis la décision initiale d'octroi d'un quart de rente, sous réserve de la période durant laquelle elle a subi une incapacité de travail totale en raison de ses cancers, et qui a pris fin six mois après la fin de la radiothérapie, soit au mois de mai 2010.

**c)** Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante ne présentait plus d'incapacité de travail entraînant une incapacité de travail et de gain de 40 % « depuis de nombreuses années », de l'avis des médecins du CC.\_\_\_\_\_, sans qu'une date précise ne puisse être arrêtée (cf. expertise, p. 37). Ainsi, et compte tenu des imprécisions nécessairement liées à la détermination de l'évolution de la capacité de travail d'un assuré, à plus forte raison dans un cas où, comme en l'espèce, cette évaluation porte sur près d'une dizaine d'années, il convient de renoncer à la *reformatio in pejus* à laquelle conclut l'OAI dans sa réponse (en ce sens que le quart de rente soit supprimé à compter du 1<sup>er</sup> mars 2014, et non du 1<sup>er</sup> janvier 2020). On relèvera encore que la recourante a perçu sa rente entière jusqu'à la fin du mois de février 2014, puis, depuis lors et jusqu'à la suppression intervenue le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée du 19 novembre 2019, un quart de rente. On ne peut dès lors suivre la recourante lorsqu'elle affirme que l'OAI n'a pas statué sur la période de janvier 2014 à janvier 2020.

**7.** La Cour s'estimant en mesure de statuer en connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de la recourante,

laquelle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et que la Dre J.\_\_\_\_\_ puisse se déterminer sur le complément d'expertise du 30 octobre 2019 (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 141 I 60 ; 136 I 229). S'agissant au demeurant de la réquisition tendant à ce que la Dre V.\_\_\_\_\_ puisse se déterminer sur le complément d'expertise, il y a lieu de relever que cette médecin s'est prononcée le 21 juillet 2020, en maintenant sa position.

**8.** Pour le surplus, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une nouvelle atteinte oncologique, sous forme de cancer du sein droit, diagnostiqué en juillet 2020, qui requiert une prise en charge pour traitement. Cette atteinte étant toutefois postérieure à la décision attaquée, elle doit faire l'objet d'une nouvelle demande, que la recourante a au demeurant déposée le 7 septembre 2020. Il en va de même de l'atteinte au niveau du genou droit, également postérieure à la décision du 19 novembre 2019 (cf. rapport du 23 juillet 2020 de la Dre C.\_\_\_\_\_, rapport d'IRM du 1<sup>er</sup> juillet 2020 et rapport de la Dre DD.\_\_\_\_\_ du 29 novembre 2020).

**9.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de

l'Etat (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**b)** N'obtenant pas gain de cause, la recourante, bien qu'assistée d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA).

**c)** La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Valentin Marmillod.

Me Marmillod a produit la liste de ses opérations le 8 décembre 2020. Celle-ci totalise 46.80 heures d'avocat et 18.65 heures d'avocat-stagiaire, soit 65.45 heures, pour la période du 22 novembre 2019 au 8 décembre 2020. Certes, le dossier de la recourante présente une certaine difficulté. Il comporte en particulier de nombreuses pièces. Toutefois, le nombre d'heures facturé ne peut être entièrement admis.

En particulier, ce sont 30.6 heures d'avocat et 4.8 heures d'avocats-stagiaires qui ont été facturées pour la seule rédaction du recours. Or, si cette écriture comporte 21 pages, près d'un tiers de celles-ci consiste en un résumé de faits. A cela s'ajoute qu'un arrêt de renvoi très étayé a été rendu le 13 juin 2017 par la Cour des assurances sociales, lequel a pu servir à la rédaction du recours. Les pièces de cette procédure précédente permettent au demeurant de constater que Me Marmillod signait déjà à l'époque des écritures pour le compte de la recourante ; il avait ainsi une bonne connaissance préalable du dossier. Les pièces venues s'ajouter au dossier de la recourante depuis l'arrêt de renvoi du 13 juin 2017 sont, pour l'essentiel, le rapport d'expertise du CC. \_\_\_\_\_ et son complément, ainsi que des avis du SMR. Les autres éléments médicaux émanent de la recourante. En regard de l'entier du dossier de la recourante, ces éléments ne représentent pas un nombre de pièces supplémentaires très important. Ainsi, compte tenu de la nature et de la complexité de l'affaire, la durée annoncée, en particulier pour la rédaction du recours, paraît très excessive. De même, s'il incombe au conseil de

réunir des éléments, en l'occurrence médicaux, de nature à démontrer ses allégations, on constatera que l'avocat d'office ne s'est pas limité à demander, par écrit, un rapport aux médecins qui suivent la recourante, mais s'est adressé à eux, à réitérées reprises, par téléphone et par courriel. Ainsi, l'avocat d'office, respectivement des avocats-stagiaires, se sont adressés par courriel à la Dre V. \_\_\_\_\_ les 4, 20 et 24 février 2020, 17 et 31 mars 2020, 4 et 25 mai 2020 ; en outre, ils ont appelé la Dre V. \_\_\_\_\_ les 19 mai 2020, 11 juin 2020, 3 et 13 juillet 2020 et le 7 septembre 2020. De plus, 8.2 heures ont été facturées pour la réplique, qui consiste en une correspondance de quatre pages, laquelle résume des rapports médicaux et informe de l'état de la recourante. Certes, c'est un avocat-stagiaire qui a facturé la majorité des heures y relatives. Il n'en demeure pas moins que, là encore, le temps consacré est excessif.

Dans ces conditions, il convient de réduire à 45 heures le temps nécessaire à l'exécution du mandat confié, en retenant qu'un cinquième de ces heures, soit 9 heures, a été effectué par des avocats-stagiaires. Ainsi au tarif horaire de 180 fr. pour l'avocat, respectivement de 110 fr. pour l'avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), l'indemnité d'office s'élève à 7'470 fr. [(180 fr. x 36 h = 6'480) + (110 fr. x 9 h = 990)], à laquelle s'ajoutent les débours fixés forfaitairement à 373 fr. 50 (art. 3bis al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 % par 575 fr. 20. L'indemnité d'office en faveur de Me Valentin Marmillod s'élève par conséquent à 8'418 fr. 70, arrondie à 8'419 francs.

**d)** La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 19 novembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Valentin Mermillod, conseil de la recourante, est arrêtée à 8'419 fr. (huit mille quatre cent dix-neuf francs), débours et TVA compris.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- VI.** 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 des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Valentin Mermillod (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 :