

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 novembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
 M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 12 décembre 2016. Elle y a indiqué être en incapacité totale de travailler depuis le 19 mai 2015 dans son activité de remplaçante auxiliaire pour la petite enfance, qu'elle exerçait à 75 %, en raison d'un mélanome découvert en mai 2015 et ayant nécessité une chirurgie de curage axillaire du côté gauche en août 2015.

Le 11 novembre 2015, l'assurée a subi une cure de hernie sous-costale gauche, avec renforcement du montage par un filet de polypropylène et une adhésiolyse de nécessité.

Dans un rapport du 4 janvier 2016, le Dr R._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, a posé les diagnostics de collection lymphatique axillo-thoracique gauche après trois mois de drainage pour lymphorragie post-opératoire, ainsi que d'épaule gauche gelée.

Dans des rapports des 25 janvier et 25 février 2016, la Dre B._____, médecin au Service d'oncologie médicale du K._____ (ci-après : K._____) a mentionné que l'assurée avait souffert d'un mélanome latéro-thoracique excisé le 5 mai 2015, qui avait nécessité une reprise chirurgicale le 3 juin 2015 et un curage ganglionnaire axillaire gauche le 12 août 2015. Depuis cette opération, elle présentait de fortes douleurs au niveau du membre supérieur gauche jusqu'à 7-8/10, d'allure neuropathique avec allodynie, ainsi qu'une diminution de mobilité de son épaule. Au bénéfice d'un fort traitement antalgique, elle était suivie en dermato-oncologie, en antalgie et en soins palliatifs pour l'adaptation du traitement de la douleur. Elle bénéficiait également d'un suivi de physiothérapie pour améliorer la mobilité de son épaule et d'un suivi psychologique au vu du probable syndrome dépressif sous-jacent lié aux douleurs prolongées.

Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par son employeur le 20 janvier 2017 avec effet au 31 mars 2017.

Le 1^{er} février 2017, l'assurée a fait savoir à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 75 % comme auxiliaire de vie de la petite enfance, par nécessité financière.

Selon le rapport du 13 février 2017 de la Dre H._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du K._____, on ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle en raison de la persistance de la symptomatologie depuis 2015 sans amélioration malgré un suivi intensif à la consultation de la douleur.

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé dans son rapport du 20 février 2017 les diagnostics de troubles sévères de la mobilité du membre supérieur gauche suite à des lésions neurologiques en relation avec un curage ganglionnaire agressif et d'épaule gelée. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle puisque l'assurée ne pouvait plus mobiliser son bras gauche et il était trop tôt pour envisager la reprise d'une activité professionnelle.

Le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique scapulo-brachial gauche dans son rapport du 21 février 2017.

Les Dres V._____, spécialiste en médecine interne générale, et Q._____ du Service d'oncologie médicale du K._____ ont indiqué, dans un rapport du 29 mars 2017, que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était totale depuis le 1^{er} juin 2015 en raison des douleurs neuropathiques sévères et qu'aucune activité n'était envisageable.

Dans un rapport du 17 avril 2017, le Dr X._____ a pris connaissance des résultats de l'arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée le 14 mars 2017, qui a mis en évidence une discrète arthropathie acromio-claviculaire, une coiffe des rotateurs en continuité et une absence de lésion significative au niveau gléno-huméral. Il en a conclu que le syndrome douloureux chronique scapulo-brachial gauche n'avait vraisemblablement pas de lien direct avec une pathologie orthopédique de l'épaule.

L'assurée a été reçue le 13 avril 2017 à l'OAI par un spécialiste en réinsertion professionnelle (rapport initial du 13 avril 2017). Au terme de cet entretien, il a été décidé de lui octroyer un coaching individualisé (proposition/bilan de mesure du 5 mai 2017 et communication du 8 mai 2017). Celui-ci a pris fin après deux séances, l'assurée ayant décidé de poursuivre un traitement EMDR pour ses angoisses et souhaitant momentanément interrompre le coaching (note d'entretien du 10 mai 2017).

Dans un rapport du 27 juin 2017, le Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie, a retenu le diagnostic de douleur chronique post curage axillaire gauche, avec des douleurs neuropathiques post chirurgicales, une symptomatologie d'épaule gelée et des cervico-scapulalgies probablement secondaires à la malposition antalgique.

Dans un avis médical du 25 avril 2018, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a jugé nécessaire de mettre en œuvre une expertise bi-disciplinaire de médecine interne et neurologie, laissant le soin aux experts d'apprécier la nécessité d'un examen rhumatologique. C'est finalement un volet psychiatrique qui a été rajouté à cette expertise (cf. courrier de l'OAI du 24 octobre 2018).

Dans leur rapport du 22 janvier 2019, les Drs A._____, spécialiste en neurologie, T._____, médecin praticien, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du C._____ de [...] (ci-après : C._____) ont notamment indiqué ce qui suit :

« L'examen neurologique montre une épaule volontairement fixée en légère surélévation, avec une résistance active aux différents mouvements de mobilisation du membre supérieur gauche. Aucun déficit moteur n'est objectivement relevé et l'assurée décrit des troubles sensitifs proximaux du bras gauche qui sont impossibles à systématiser.

De même, l'examen électrophysiologique réalisé au sein de cette expertise reste normal, permettant raisonnablement d'exclure une atteinte tronculaire ou plexuelle à gauche. La myographie réalisée au niveau du muscle deltoïde et du muscle court abducteur du pouce est normale.

Aucun diagnostic neurologique ne peut être retenu et aucune incapacité de travail ne peut être retenue du strict point de vue neurologique.

Cette expertisée présente cependant encore actuellement une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche. L'évolution est lente mais positive sur les derniers mois.

Le tableau clinique que présente cette expertisée évoque le diagnostic différentiel entre un syndrome douloureux somatoforme persistant et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques.

Pour paraphraser la CIM10, nous pouvons dire que Madame F. _____ réagit par un sentiment de détresse à la douleur et au handicap provoqués par son affection physique et redoute la persistance du handicap fonctionnel (elle ne se voit plus travailler). Elle se montre insatisfaite de la prise en charge (le refus de physiothérapie après le curage) et déçue du fait que le chirurgien ne l'ait pas rencontrée pour lui expliquer les raisons de cette évolution négative.

Néanmoins, nous pourrions également retenir que l'expertisée se plaint essentiellement d'une douleur intense et persistante s'accompagnant d'un sentiment de détresse non entièrement expliquée par un trouble physique, qui assure une aide et une sollicitude accrues de la part de son mari notamment. Les conflits émotionnels pourraient être la colère contre le chirurgien qui a pratiqué le curage ganglionnaire et qui avait promis un rétablissement en quelques mois. Les problèmes psychosociaux pourraient être les craintes financières (en raison de la dette hypothécaire), le fait de souffrir d'un mélanome (sa mère est décédée en 2001 d'un cancer du côlon).

Les symptômes chez cette expertisée sont essentiellement liés au syndrome douloureux chronique, qui provoque un évitement des mouvements de son épaule et une fatigabilité. Il n'y a pas de plaintes surajoutées. La fonction du symptôme semble être plus [d']éviter une exacerbation des douleurs et d'obtenir du soutien plutôt qu'une compensation financière. La souffrance de l'expertisée paraît authentique aux experts.

Pour toutes ces raisons nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

4.2 Diagnostics pertinents avant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)
- Résection iléo-sigmoïdienne avec anastomose iléo-rectale haute en mars 2018.
- Excision mélanome dorsal Breslow 0,76 et curage axillaire gauche négatif en 2015.
- Résection sigmoïdienne pour constipation récurrente en 2005.
- Cure de hernie sous-costale gauche en 1996 avec reprise en novembre 2015.
- Cure d'hémorroïdes en 1996.
- Colectomie subtotale pour constipation opiniâtre sur dolichomégacôlon en 1990.
- Psoriasis sur stress.
- Amygdalectomie dans l'enfance.

[...]

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

100%.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100%. »

Dans un avis du 1^{er} mai 2019, le SMR a estimé que l'expertise était concluante et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'avis des experts.

Par projet de décision du 6 mai 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Dans un courrier du 31 mai 2019, l'assurée a contesté la position de l'OAI, exposant qu'elle souffrait toujours d'une épaule « gelée » avec une forte réduction de mobilité, l'impossibilité de porter des poids avec le bras gauche, qu'elle présentait des douleurs neuropathiques sévères ainsi qu'une allodynie et que le lourd traitement qu'elle prenait contre la douleur impliquait de la fatigue ainsi qu'une mémoire et une concentration altérées.

L'assurée a complété ses objections par un courrier de sa mandataire du 23 septembre 2019. Elle a contesté la valeur probante de

l'expertise psychiatrique, émettant plusieurs critiques à son encontre et reprochant notamment au Dr S. _____ de s'être basé sur un dossier incomplet, en l'absence d'un rapport de la psychologue Z. _____, qui assurait son suivi depuis deux ans. Elle a estimé que l'instruction était lacunaire sur ce point. Elle a produit un rapport du 18 juillet 2019 du Dr N. _____, qui posait le diagnostic de douleur chronique post curage axillaire gauche avec épaule gelée. Il a indiqué qu'au niveau de la fonction, l'utilisation du bras gauche restait pour l'instant minime et négligeable dans le cadre professionnel, qu'une amélioration avait pu être obtenue en trois ans avec la diminution du traitement antalgique opioïde et une certaine stabilité psychologique, mais que la patiente restait à son avis dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle dans son domaine habituel.

Dans un avis du 27 mars 2020, le SMR a relevé qu'une prise en charge multidisciplinaire avec suivi psychique était courante dans les atteintes oncologiques, que l'oncologue et le spécialiste en antalgie qui avaient évoqué un syndrome dépressif n'étaient pas spécialisés pour poser un diagnostic psychiatrique, qu'au cours du suivi psychologique de plus de deux ans, la psychologue n'avait semble-t-il pas jugé l'état de santé de l'assurée suffisamment préoccupant pour la référer à un médecin psychiatre, relevant d'ailleurs que le traitement antidépresseur était à visée antalgique et non pour stabiliser l'humeur. Les ressources de l'assurée étaient décrites dans l'expertise et le rapport médical du Dr N. _____ n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux et, bien qu'il maintienne une capacité de travail nulle, il décrivait une évolution favorable sur le plan antalgique et psychique.

Par décision du 2 avril 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité.

Dans une lettre du même jour, l'OAI a considéré, en se basant sur l'avis du SMR précité, que la contestation de l'assurée n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et

que l'instruction était complète sur le plan médical et économique. Il a par ailleurs précisé qu'un rapport médical pouvait seulement être demandé à un médecin et non à un psychologue.

B. Par acte de sa mandataire du 19 mai 2020, F._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, notamment sous la forme d'une rente, et subsidiairement au renvoi du dossier auprès de l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a par ailleurs requis qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, voire une expertise pluridisciplinaire. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise et relevé qu'aucune enquête ménagère n'avait été effectuée malgré son statut mixte.

Dans sa réponse du 7 août 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé qu'il n'existait aucune obligation pour les experts de se concerter avec les médecins traitants, que l'OAI avait transmis aux experts le nom du médecin traitant de la recourante en les invitant à prendre contact avec lui si nécessaire, que les ressources de la recourante avaient été décrites dans l'expertise, que si elle évitait certains mouvements, elle semblait pouvoir réaliser toute activité, au besoin avec une adaptation. Les experts avaient exclu une atteinte ostéoarticulaire et neurologique, avaient tenu compte des limitations et de la fatigue, et estimé que le syndrome douloureux chronique scapulo-brachial gauche ne pouvait pas, après analyse des indicateurs, être considéré comme invalidant. En l'absence de restriction particulière pour les activités ménagères, il aurait été superflu de faire réaliser une enquête ménagère.

Par réplique du 14 décembre 2020, la recourante a maintenu sa position.

L'OAI en a fait de même dans sa duplique du 7 janvier 2021, rappelant que la recourante n'avait pas annoncé de problématique psychique ni fourni de documents à ce sujet et que l'examen psychiatrique

avait été préconisé précisément en raison du manque d'éléments médicaux.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et 38 al. 4 let. a LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

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

b) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux

habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

f) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). 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).

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

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

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

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) La recourante critique la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du C._____ et estime nécessaire de faire réaliser une nouvelle expertise psychiatrique.

aa) Dans un premier grief, la recourante reproche à l'OAI et au Dr S._____ de ne pas avoir requis de rapports médicaux auprès de la psychologue Z._____, qui la suivait depuis près de deux ans.

A cet égard, il faut rappeler que la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

La recourante n'a, en l'occurrence, pas mentionné l'existence de problèmes psychiques dans sa demande de prestations du 12 décembre 2016, ni dans ses objections du 31 mai 2019, où elle fait seulement état d'une mémoire et d'une concentration altérées en raison du lourd traitement contre la douleur. Elle n'a par ailleurs jamais fourni de document prenant position sur sa santé psychique alors qu'elle aurait pu le faire dans le cadre de la procédure administrative, et notamment dans le cadre des objections du 23 septembre 2019, où ce grief apparaît pour la première fois. La seule mention d'un suivi psychologique dans les rapports de la Dre B._____ du 25 février 2016 et du Dr N._____ du 27 juin 2017 n'impliquait pas pour l'OAI l'obligation d'instruire cette question plus

avant. Il ressort en effet de ces rapports que ce suivi était intégré dans la prise en charge multidisciplinaire des douleurs de la recourante et non pas instauré en raison d'une atteinte psychique concrète. Le SMR relève à cet égard qu'il est courant qu'un suivi psychique soit mis en place dans ce contexte (avis médical du 31 mars 2020). La recourante a d'ailleurs précisé que ce suivi avait pour but de l'aider à mieux accepter son handicap et à neutraliser sa colère, dirigée contre le chirurgien qui l'avait opérée et l'absence de physiothérapie après son opération (rapport d'expertise psychiatrique p. 9).

C'est à l'initiative du Dr T. _____ qu'un volet psychiatrique a été ajouté à l'expertise. A l'issue de son examen clinique du 28 septembre 2018 et après avoir pris connaissance des imageries réalisées, celui-ci a suspecté l'existence éventuelle d'un trouble somatoforme douloureux, pouvant expliquer la persistance des douleurs actuelles et s'est interrogé sur la nécessité de faire effectuer une expertise psychiatrique également (expertise de médecine interne pp. 18 et 19). L'OAI a dès lors ordonné un tel complément par courrier du 24 octobre 2018 et l'examen psychiatrique a été réalisé le 16 novembre 2018 par le Dr S. _____.

L'expert psychiatrique a eu connaissance du suivi psychologique de la recourante, qui l'en a informé. Il n'a cependant pas jugé nécessaire de contacter la psychologue, ce qui ne saurait lui être reproché dans la mesure où seul un médecin psychiatre aurait pu valablement poser un diagnostic psychiatrique sur lequel il aurait dû prendre position. C'était en outre au Dr S. _____ qu'il revenait de déterminer si l'anamnèse de la recourante et son examen clinique suffisaient à fonder ses conclusions, ou s'il apparaissait utile de prendre des renseignements complémentaires auprès de la psychologue. Il a jugé que tel n'était pas le cas et rien ne permet d'estimer que cette appréciation n'était pas adéquate. On peut en particulier rappeler que la recourante n'a produit aucun rapport psychiatrique allant à l'encontre des conclusions du Dr S. _____. Les rapports des Drs B. _____ du 25 février 2016 et N. _____ du 18 juillet 2019 évoquent certes un probable syndrome dépressif et une suspicion de traumatismes plus profonds.

Toutefois, outre qu'il ne s'agissait que de suppositions, ces médecins, travaillant respectivement dans les domaines de l'oncologie et l'antalgie, ne sont pas spécialisés pour poser un diagnostic psychiatrique.

bb) Les autres critiques faites par la recourante en vue de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique ne convainquent pas. L'expert a en effet recueilli l'anamnèse et les plaintes de la recourante (pp. 8 à 14 du volet d'expertise psychiatrique), a procédé à son examen clinique (pp. 14 à 16) et a pris ses conclusions de manière motivée et détaillée, tant pour la pose du diagnostic (p. 16) que pour l'évaluation de la capacité de travail (p. 17-18).

La recourante reproche à l'expert d'avoir passé sous silence certains traitements qu'elle avait effectués, comme par exemple le traitement EMDR, qui visait à réduire ses angoisses et qui est mentionné dans le rapport de coaching AI du 10 mai 2017. Cet élément n'était toutefois pas inconnu des experts puisqu'il a été discuté avec le Dr T. _____ (p. 10 de l'expertise de médecine interne). Il ressort tant du rapport de coaching précité que de l'expertise que c'est la recourante qui a, semble-t-il, elle-même pris l'initiative de suivre un tel traitement, peut-être sur suggestion de sa psychologue, étant précisé qu'elle a essayé de multiples stratégies pour gérer ses troubles dans la vie quotidienne, comme l'autohypnose, l'EMDR, la méditation, la respiration et la réflexologie (ibidem). Le rapport du Dr N. _____ du 18 juillet 2019, postérieur à l'expertise, indique à cet égard que la recourante « a été longtemps suivie par une psychologue au K. _____, avec aussi un essai d'EMDR à l'extérieur temporairement, pour suspicion de traumatisme plus profond ». Il précise en outre que « l'hypnose avait été arrêtée, car liée à une résurgence de trauma et d'angoisse et une réactivation des douleurs ». Il ne mentionne cependant pas que l'essai de ces traitements aurait conduit à envisager l'existence d'une atteinte psychique ou aurait démontré la nécessité pour la recourante d'être adressée à un psychiatre. Il fait uniquement mention du suivi psychothérapeutique entrepris dans le cadre de la prise en charge multidisciplinaire. Ce traitement avait d'ailleurs été interrompu peu après un changement de psychologue en

2019, mais allait être repris. Au vu de cela, on ne saurait conclure que l'absence de mention du traitement EMDR par le Dr S._____ pourrait avoir une influence sur la valeur probante de ses conclusions.

Un traitement antidépresseur a en outre été prescrit à la recourante, mais il ressort clairement des rapports médicaux au dossier et du rapport d'expertise que celui-ci était à visée antalgique et non pour stabiliser l'humeur (expertise psychiatrique pp. 14 et 17 ; rapport de la Dre B._____ du 25 janvier 2016 ; rapport du Dr N._____ du 9 mars 2016).

cc) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise au motif qu'il n'existe, selon le Dr S._____, aucune limitation pour les tâches quotidiennes alors que c'est précisément l'inverse qui a été relevé lors du rapport initial du 13 avril 2017 dans le cadre de l'intervention précoce, qui mentionnait une incapacité à effectuer son quotidien. On ne saurait toutefois voir une contradiction entre la description des activités donnée par un assuré et l'appréciation faite par l'expert de ce que cet assuré est, d'un point de vue médico-théorique, en mesure de faire. Or, en l'occurrence, le rapport de l'OAI ne fait que consigner les allégations de la recourante. Ses déclarations et plaintes ont également été retranscrites dans le rapport d'expertise psychiatrique, où il est indiqué qu'elle a de la difficulté à s'occuper du ménage et qu'elle ne peut plus prévoir d'activités (pp. 8-9). La description du déroulement de sa journée en lien avec le ménage et les hobbies figure également dans l'expertise (pp. 12-13). Ces éléments ont ainsi bel et bien été pris en compte. Quant à l'absence de limitation à laquelle conclut le Dr S._____, elle correspond à son appréciation de la situation d'un point de vue objectif, à l'issue de la procédure probatoire structurée applicable pour déterminer le caractère invalidant des affections psychosomatiques.

dd) S'agissant précisément des indicateurs posés par la jurisprudence, le Dr S._____ a dûment pris en compte le caractère plus ou moins prononcé des éléments et symptômes pertinents pour le diagnostic, exposant par ailleurs pour quels motifs il a envisagé un

diagnostic différentiel de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychiques avant de finalement poser celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (p. 16 de l'expertise psychiatrique). De même, il a pris en considération les traitements prescrits à la recourante. Sur ce point, il propose d'ailleurs que la recourante puisse s'expliquer avec le chirurgien qui l'a opérée dans le but de diminuer sa colère et lui permettre de récupérer de l'énergie afin de surmonter son handicap fonctionnel de l'épaule.

Il est vrai que le rapport d'expertise ne contient pas un chapitre particulier relatif à la structure de la personnalité de la recourante. Il apparaît cependant que celle-ci a été prise en compte par le Dr S._____, qui n'a relevé aucun trait de personnalité particulier au cours de son examen clinique (p. 15 du rapport d'expertise psychiatrique) et qui a souligné la recherche d'aide et de sollicitude impliquée dans le contexte de l'atteinte somatoforme ainsi que la colère présente contre le chirurgien qui a pratiqué le curage ganglionnaire, à qui la recourante attribue la responsabilité des douleurs (p. 16 du rapport d'expertise psychiatrique).

Le Dr S._____ s'est également prononcé sur la cohérence (p. 17 du rapport d'expertise psychiatrique).

La recourante met principalement en avant son manque de ressources. Il ne fait toutefois aucun doute qu'elle en présente. Dans le rapport d'expertise, ces ressources sont bien décrites, et ce, à plusieurs reprises (pp. 10, 13 et 21 du rapport de médecine interne, pp. 13, 17 et 18 du volet psychiatrique). Il est notamment exposé que l'assurée est bien entourée par sa famille et ses amies, qu'elle est autonome pour les actes de la vie quotidienne et également pour effectuer la plupart des tâches ménagères qu'elle réalise de la main droite, étant précisé qu'elle est droitrière. De plus, elle s'adonne à des loisirs, possède des intérêts tels que les balades, la photographie et les voyages (étant allée au Sri Lanka) et qu'elle conduit sur de petites distances. Bien qu'elle évite certains

mouvements, elle semble pouvoir réaliser de nombreuses activités, parfois avec une adaptation.

L'expert psychiatre a également tenu compte dans l'évaluation de la capacité de travail de la recourante des facteurs de stress, tels que le fait qu'elle n'a jamais connu son père, qu'elle a perdu son grand-père maternel lorsqu'elle avait 20 ans, puis a fait face aux décès de sa grand-mère maternelle en 2000, six mois avant celui de sa propre mère, et qu'elle n'entretient plus de lien avec son beau-père (p. 17 du rapport d'expertise psychiatrique).

Contrairement à ce que la recourante note dans son recours, elle n'a jamais effectué de mesure d'endurance dans le cadre de l'AI. C'est une mesure de coaching qui lui a été octroyée, dans le but de lui transmettre des outils lui permettant de mieux gérer les douleurs et de travailler sur l'acceptation de sa situation difficile (cf. Proposition/Bilan de mesure du 5 mai 2017). Ce coaching, organisé de manière ponctuel selon les besoins, a pris fin après deux séances du fait que la recourante souhaitait se consacrer au traitement EMDR qu'elle avait décidé de suivre (cf. courriel du 10 mai 2017). On ne saurait par conséquent tirer de cette mesure une quelconque conclusion quant à son endurance et sa capacité à accomplir des tâches.

C'est ainsi sur la base des indicateurs applicables selon la jurisprudence que le Dr S._____ a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle d'ordre psychique chez la recourante.

b) Sur le plan somatique, la recourante met en avant des contradictions intrinsèques aux rapports d'expertise des Drs T._____ et A._____, ainsi qu'avec les autres rapports figurant au dossier.

Elle s'étonne que le Dr T._____ puisse constater une mobilité active de l'épaule gauche très limitée tout en concluant qu'il n'existe aucune limitation dans les travaux habituels de la recourante, ni au travail, alors qu'il précise que les symptômes décrits par l'expertisée et

l'observation objective médicale ne montrent pas de divergence, hormis l'absence d'amyotrophie nette de ce membre supérieur gauche. L'examen de l'expert a toutefois pour but de déterminer s'il existe objectivement, d'un point de vue médical, une atteinte à la santé invalidante. En l'occurrence, il observe certes l'existence de limitations, mais constate que celles-ci n'ont pas d'explications médicales, relevant que les différents examens pratiqués sur le plan orthopédique ne permettent de mettre en évidence qu'une discrète pathologie dégénérative de type arthrose acromio-claviculaire et qu'à son examen, il ne retrouve pas d'amyotrophie au niveau du bras gauche. C'est ainsi de manière convaincante qu'il pose le diagnostic de syndrome douloureux chronique scapulo-brachial gauche (p. 18 de l'expertise de médecine interne).

Il en va de même de la Dre A._____, qui observe une sous-utilisation du membre supérieur gauche sans substrat neurologique (p. 13 de l'expertise neurologique). Elle mentionne que l'assurée a développé, à la suite du curage axillaire exploratif effectué en août 2015, des douleurs péri-cicatricielles thoraciques gauches et au creux axillaire, ainsi qu'une impotence fonctionnelle de l'épaule gauche, qui est maintenue légèrement surélevée, avec une résistance active lors de la mobilisation. Elle indique toutefois que ce tableau ne correspond pas à une entité neurologique, précisant que l'examen neurologique et l'examen électrophysiologique (ENMG) pratiqués lors de l'expertise demeurent objectivement normaux (p. 14 de l'expertise neurologique).

En l'absence d'atteinte à la santé autre que fonctionnelle, les experts ont donc conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitation de rendement.

Les rapports médicaux au dossier ne sauraient remettre valablement en cause leurs conclusions. Si plusieurs rapports émanant du K._____ font état de douleurs neuropathiques (rapports du Service d'oncologie des 25 janvier, 25 février 2016 et 29 mars 2017, rapport du Dr N._____ du 27 juin 2017) et que le Dr J._____ mentionne même des lésions neurologiques en relation avec un curage ganglionnaire agressif

(rapport du 20 février 2017), aucune exploration neurologique n'avait été menée avant l'expertise, comme le relève la Dre A._____. Or, l'experte n'a constaté aucune lésion neurologique sur le plan clinique ou paraclinique lors de l'expertise. La neurographie sensitive, incluant le tronc cutané antébrachial médial gauche, est en particulier normale. La myographie normale au niveau du muscle deltoïde suggère par ailleurs une parfaite conservation de la fonction du nerf axillaire (p. 16 de l'expertise neurologique). Les rapports des médecins traitants, en tant qu'ils se fondent sur la présence de douleurs neuropathiques pour conclure à une incapacité de travail, ne sauraient par conséquent être suivis.

Par ailleurs, le fait que la recourante ressente des douleurs ne permet pas de fonder une incapacité de travail. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

En ce qui concerne le rapport du Dr N._____ du 18 juillet 2019, on peut s'étonner qu'il mentionne encore l'existence de douleurs neuropathiques malgré l'examen effectué par la Dre A._____. Quoi qu'il en soit, on constate qu'il conclut à l'impossibilité pour la recourante d'exercer une activité professionnelle sans motiver son avis, si ce n'est dans le fait que celle-ci n'utiliserait pas son bras gauche. En contradiction avec cette conclusion, il relève une amélioration de l'état de santé avec la diminution du traitement antalgique opioïde et une certaine stabilité psychologique.

c) Au final, c'est de manière convaincante que les experts ont conclu à l'existence d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitation de rendement. On peut relever que même si les experts ne se prononcent pas explicitement sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante dans l'évaluation consensuelle, on comprend qu'une pleine capacité de travail existe à tout le moins depuis juin 2017, à savoir à l'issue du délai de carence de six mois (art. 29 al. 1 LAI) à compter du dépôt de la demande de prestations, intervenu le 12 décembre 2016. Si la recourante a pu présenter des périodes de totale incapacité de travail antérieures à cette date, notamment en lien avec les opérations subies, celles-ci ne permettent en tous les cas pas d'ouvrir un droit aux prestations au vu de la date de la demande auprès de l'OAI.

d) La recourante étant en mesure de travailler à plein temps en toute activité, elle ne présente aucune invalidité pour ce qui concerne la part professionnelle. En outre, les experts n'ont pas identifié de restriction particulière à sa capacité à exécuter les tâches ménagères (expertise de médecine interne p. 22, neurologique p. 18 et psychiatrique p. 19), ce qui exclut toute invalidité dans ce domaine également et rendait superflue la mise en œuvre d'une enquête à domicile.

C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé toute prestation à la recourante. Le fait que celle-ci touche une rente d'invalidité LPP n'est par ailleurs pas déterminant, l'OAI n'étant pas lié par une telle décision et les conditions du droit à une rente pouvant diverger notablement en matière de prévoyance professionnelle.

e) Certes, les conclusions qui précèdent peuvent paraître difficilement compréhensibles aux yeux de la recourante et de son vécu personnel. Il faut à cet égard rappeler que selon l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce

une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif (ATF 135 V 215 consid. 7.2). C'est précisément ce qu'ont fait les experts dans leur rapport d'expertise.

On peut au demeurant préciser que même dans l'hypothèse où on admettait que la recourante ne serait plus apte à exercer son activité habituelle du fait qu'elle ne peut plus porter les enfants, elle n'aurait pas pour autant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il faut en effet constater qu'elle bénéficie également d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme par exemple une activité qui ne solliciterait pas son bras gauche. Or, une telle activité lui permettrait d'obtenir un revenu qui exclurait tout droit à une rente de l'assurance-invalidité. En effet, le salaire auquel pouvaient prétendre des femmes dans des activités simples et répétitives en 2017 était de 54'799 fr. 45 (salaire ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2016, indexé à 2017) alors que la recourante aurait gagné 71'421 fr. à 100 % sans atteinte à la santé (cf. attestation de son employeur du 26 janvier 2017), si bien que son degré d'invalidité pour la part active se monte à 23 %. Compte tenu de l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, un éventuel impact dans l'activité ménagère peut être exclu, étant rappelé que la recourante a l'obligation de limiter le dommage en fractionnant les tâches et en recourant aux moyens auxiliaires adaptés, ainsi qu'à l'aide raisonnablement exigible de son entourage. Son invalidité pour la part ménagère est donc nulle. Dans la mesure où elle aurait continué à travailler à 75 % selon les indications qu'elle a données à l'OAI (cf. courrier du 1^{er} février 2017), son taux d'invalidité global se monterait donc à 17 %, ce qui exclut tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. a) Le recours doit par conséquent être rejeté.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Primault (pour F. _____),
- 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 :