C O U R D E S A S S U R A N C E S S O C I A L E S

Arrêt du 7 septembre 2026

Composition : Mme PASCHE, présidente

M. Perreten et Mme Peris, assesseurs

Greffier : M. Varidel

* * * * *

Cause pendante entre :

A._____, à B***, recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 et 61 let. c LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, mariée et mère de deux enfants nés en *** et ***, est titulaire d'un CFC de gestionnaire de vente et a travaillé comme agente de *call center* à 60 % pour le compte de D._____, dès le 15 novembre 2000.

B. Le 25 août 2014, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en vue de bénéficier d'une perruque médicale, en raison d'un cancer du sein diagnostiqué le 3 juin 2014.

Interrogé par l'OAI dans le cadre de cette demande de moyens auxiliaires, le Dr K._____, spécialiste en oncologie, a fait état du diagnostic de cancer du sein, de stade I-A, dont le pronostic était jugé bon et pour lequel la patiente présentait une bonne tolérance au traitement de chimiothérapie.

Par communication du 26 novembre 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle prenait en charge les coûts liés au port d'une perruque médicale à hauteur de 1'500 francs.

Le 10 décembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, en raison d'un cancer du sein ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 11 juin 2014.

Dans un formulaire de détermination du statut du 20 janvier 2015, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 %, depuis juin 2009 et qu'elle aurait envisagé reprendre à 80-100 % dès l'entrée à l'école de ses deux enfants. Elle a précisé qu'elle touchait un salaire brut de 2'495 fr. 85, servi treize fois l'an.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise au Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport du 20 mars 2016, l'expert a

posé les diagnostics entraînant des répercussions sur la capacité de travail de carcinome invasif du quadrant supéro-interne du sein droit de grade 3, stade I-A, incluant : status après tumorectomie et excision de ganglion sentinelle, status après chimiothérapie de juillet à novembre 2014, traitement d'Herceptin débuté en décembre 2014, status après radiothérapie terminée en janvier 2015 et traitement de Letrozole et de Zoladex en cours. Les diagnostics non incapacitants suivants étaient également mentionnés : obésité morbide avec BMI [*Body Mass Index*] à 55,14 kg/m^2 et status après diabète gestationnel en 2008 et 2012, hypothyroïdie substituée et épisode dépressif en 2006 avec suivi mensuel toujours d'actualité. Selon l'expert, il était préférable, compte tenu du status après chirurgie, radiothérapie et prélèvement ganglionnaire, d'éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, de porter des charges de plus de 5 kg du côté droit ainsi que les activités avec les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules. L'assurée bénéficiait néanmoins d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles précitées.

Dans un rapport du 20 mai 2016, le SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a retenu que l'assurée, qui avait progressivement repris le travail dès novembre 2015, disposait, à compter du 1er mars 2016, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 octobre 2016, l'enquêtrice a défini le statut de l'assurée comme étant active à 60 % et ménagère à 40 %. En tenant compte de l'aide apportée par une femme de ménage, respectivement de celle du mari de l'intéressée, elle a retenu un taux d'empêchement ménager de 32 %.

Dans un projet de décision du 18 janvier 2017, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1er juin 2015 au 29 février 2016, sur la base d'un degré d'invalidité de 72 % au terme du délai d'attente d'une année. Le droit à la rente était toutefois éteint trois mois après sa reprise du travail.

Le 27 juin 2017, l'OAI a entièrement confirmé sa décision du 18 janvier précédent. Non contestée, cette décision est entrée en force.

C. Le 26 octobre 2018, l'assurée a demandé à l'OAI la réouverture de son dossier. Elle a exposé qu'à la suite de sa reprise du travail à 60 %, dès le 1er mars 2016, et alors qu'elle était toujours sous hormonothérapie, des douleurs avaient repris dès début 2018 et allaient en s'accentuant avec le temps. Les examens effectués avaient cependant permis d'écarter l'hypothèse d'une récidive [du cancer]. Selon l'assurée, la forte détérioration de son état de santé venait probablement du traitement d'hormonothérapie, qu'elle était contrainte de continuer pour prévenir tout risque de rechute, ainsi que de la fatigabilité liée aux traitements précédents. En raison de douleurs articulaires et musculaires et de céphalées, elle avait consulté divers spécialistes, dont son endocrinologue traitant, un rhumatologue, un chiropraticien, une physiothérapeute, sans amélioration notable. Sa psychiatre traitante l'avait mise en arrêt de travail dès le 1er septembre 2018, à 50 % de son taux d'activité, en raison d'une incompatibilité de son état de santé avec la poursuite de l'activité à un taux plus élevé. Elle relevait que malgré cette diminution, le quotidien restait ingérable tant au niveau des douleurs que du moral. Elle était actuellement sous traitement antidépresseur, ce qui était toutefois insuffisant pour travailler dans des conditions satisfaisantes, et le stress occasionné par son travail ne faisait qu'empirer la situation.

Le 14 novembre 2018, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations de l'AI, en raison de douleurs multiples de plus en plus fortes aux os, muscles, articulations, dos et tête, ainsi que d'une fatigue extrême entrainant également une dépression.

Dans un questionnaire rempli par D._____ le 18 décembre 2018, l'employeur a indiqué que l'activité de l'assurée consistait en un travail de *call center*, en *open space*, exigeant de grandes capacités notamment de concentration/attention, d'endurance, de soin et de faculté d'interprétation. Par ailleurs l'activité comportait peu de marche et de

station debout, alors qu'elle impliquait d'être souvent assise de même que soulever ou porter des charges légères, jusqu'à 10 kg.

Dans un formulaire de détermination du statut rempli le 16 janvier 2019, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 80 % dès l'entrée à l'école de son second enfant, les 20 % restants étant consacrés aux soins des enfants et à la tenue du ménage.

Procédant à l'instruction de la demande, l'OAI a recueilli l'avis des médecins en charge du suivi de l'assurée. Dans un rapport du 21 janvier 2019, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait état des diagnostics psychiatriques incapacitants de trouble dépressif récurrent, depuis 2000, et *burnout*, depuis 2014. Selon la spécialiste, la patiente présentait un tableau dépressif complet chronique, avec asthénie, anhédonie, tristesse, difficultés de concentration et d'attention, dévalorisation et parfois des idées suicidaires – pour lequel elle recevait un traitement de Venlafaxine 150 mg et de Zolpidem 10 mg en réserve –, associé à un profond état d'épuisement, ainsi que des douleurs musculosquelettiques importantes. La psychiatre, évoquant un pronostic défavorable, avec épuisement complet des capacités adaptatives, a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès septembre 2018, respectivement totale à compter du 1er janvier 2019.

Le 1er février 2019, la Dre N._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué suivre l'assurée depuis 2012 pour une obésité de classe III (BMI à 41,5 kg/m^2) – laquelle persistait malgré un *bypass* gastrique selon Roux réalisé le 4 avril 2017 –, un diabète de type 2 et un syndrome des apnées du sommeil. Faisant également état de myalgies et d'arthralgies d'étiologie encore indéterminée à sa connaissance, elle a renoncé à se déterminer sur la capacité de travail de sa patiente.

A l'issue d'un rapport initial d'intervention précoce du 16 avril 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée, par communication du 18 juillet 2019,

que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisagées et que l'instruction de sa demande se poursuivait.

Dans un rapport du 4 octobre 2019, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a énoncé les diagnostics d'obésité morbide malgré un bypass gastrique, cancer du sein droit opéré et traité, douleurs articulaires multiples en cours d'investigation, apnées du sommeil et état dépressif récurrent et *burnout* professionnel et maternel. Elle a également fait état d'une incapacité totale de travail, dès janvier 2019, en indiquant que l'association des multiples pathologies ne permettait pas d'envisager une reprise de l'activité professionnelle.

Dans un rapport du 17 décembre 2019, le Dr R._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics spécialisés de rachialgies chroniques avec discopathies lombaires L5/S1 et de polyarthralgies sans arthrite, favorisées par une hyperlaxité ligamentaire, depuis 2018. Sans se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente, il a néanmoins considéré que les limitations fonctionnelles incluaient la marche de plus de 100 m sans pause, en raison des gonalgies et du surpoids, ainsi que les mouvements répétitifs avec les bras et les mains, la station debout prolongée, le port de charge de plus de 5 kg et le travail en porte-à-faux. Il a également fait état d'un pronostic réservé s'agissant d'une reprise de l'activité à 100 %, en raison de la multimorbidité et de la durée de l'incapacité de travail supérieure à six mois.

Dans un nouveau rapport du 25 juin 2020, la Dre N._____ a attesté d'une augmentation pondérale au cours des derniers mois (BMI à 45,8 kg/m^2).

Répondant aux questions complémentaires de l'OAI par lettre du 26 juin 2020, la Dre L._____ a en substance confirmé les éléments ressortant de son rapport du 21 janvier 2019, en faisant état de la persistance d'un tableau dépressif complet toujours incapacitant, malgré une adaptation du traitement antidépresseur, ainsi que d'un pronostic

défavorable en raison de la chronicité des troubles et d'importantes atteintes somatiques surajoutées.

Faisant suite à une sollicitation du SMR, la Dre L._____ a encore indiqué, le 30 septembre 2020, que l'état de santé de l'assurée n'était en l'état pas compatible avec des mesures de réinsertion en raison notamment de sa vulnérabilité aux facteurs de stress, de la fatigue et des douleurs, et proposait une réévaluation de la situation de l'assurée dans un ou deux ans.

Dans un avis médical du 26 octobre 2020, le SMR, indiquant souhaiter disposer d'éléments objectifs devant une atteinte psychique incapacitante et somatique évolutive, a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisplinaire, avec volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie.

Le 30 novembre 2020, la réalisation d'une expertise a été confiée au S._____ (ci-après : le S._____), à V***. Dans leur rapport communiqué le 1er avril 2021, les Drs Z._____, spécialiste en rhumatologie, W._____, spécialiste en médecine interne générale, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont fait état des diagnostics suivants :

> « - Cancer du sein droit, cancer invasif NST du quadrant supéro-interne du sein droit, grade III, classé pT1c pN0 cM0, stade IA, C50.9 :
> o 27.06.2014, tumorectomie et excision de ganglions sentinelles axillaires droits
> o 22.07.2014-03.11.2014, chimiothérapie adjuvante par 3 FEC suivis de 3 cycles Taxotere
> o 24.11.2014-09.01.2015, radiothérapie adjuvante locorégionale
> o 23.09.2014-13.09.2015, traitement anti-HER2 adjuvant par Trastuzumab
> o 05.12.2014-31.12.2015, hormonothérapie adjuvante par Tamoxifène + blocage ovarien par analogue LHRH
> o 01.01.2016-01.01.2020, hormonothérapie adjuvante par Letrozole + blocage ovarien par analogue LHRH
> o A compter de décembre 2020, arrêt de blocage ovarien par analogue LHRH et poursuite de traitement antihormonal par Letrozole
> - Hypothyroïdie sur thyroïdite de Hashimoto substituée, E03.9
> - Obésité stade III, E66.9
> - Syndrome d'apnées obstructives du sommeil sévère appareillé, G47.3
> - Lombalgie sans irradiation sur discopathie L4-S1, M51.9

> - Douleur diffuse sans support anatomique, tous les critères du syndrome d'Ehlers Danlos ne sont pas réunis
> - Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, F33.01 »

Les limitations fonctionnelles d'ordre internistique et rhumatologique arrêtées par les experts imposaient une activité sédentaire, sans efforts de soulèvement à partir du sol de plus 2,5 kg, sans porte-à-faux du buste, avec port de charge proche du corps limité à 10 kg, permettant d'éviter le piétinement prolongé, sans station debout ou marche prolongée, sans posture pénible prolongée à genoux ou accroupie et sans montée/descente répétée d'escaliers. Ils ont retenu une pleine capacité de travail, tenant compte d'une baisse de rendement de 30 %, dans l'activité habituelle d'agente de *call center*.

Aux termes d'un avis médical du 16 avril 2021, le SMR a sollicité des précisions de la part des experts psychiatre et interniste.

Dans un complément d'expertise du 19 mai 2021, le Dr X._____ a exposé pourquoi son avis divergeait de celui de la psychiatre traitante s'agissant du degré de sévérité de la dépression. Il a en substance indiqué que les questions posées à l'assurée lui avaient permis de considérer que ses ressources psychologiques ainsi que ses mécanismes d'adaptation lui avaient toujours permis de faire face aux évènements de la vie malgré les symptômes dépressifs, décrits comme moyens par sa psychiatre traitante. Il estimait donc que ceux-ci étaient sans incidence sur la capacite de travail. La Dre W._____ a quant à elle expliqué qu'elle avait retenu, contrairement à l'expertise du Dr G._____ en 2016, une baisse de rendement de 30 % sur une pleine capacité de travail, afin de tenir compte de l'impact de la fatigue significative et persistante consécutive au traitement du cancer sur la capacité de travail, en prenant en compte également que, selon le rapport de l'employeur, son activité impliquait de grandes exigences de concentration/attention et d'endurance.

Aux termes d'un avis médical du 4 juin 2021, le SMR, n'adhérant que partiellement aux conclusions des experts du S._____, a estimé en substance que la situation n'avait pas fondamentalement évolué depuis la

précédente expertise. Il a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès mars 2016, de même qu'une capacité de travail entière, dès novembre 2015, dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : « éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de port de charge à droite ou de soulèvement du sol sup à 5kg, pas de port de charge près du corps de plus de 10kg, pas de travaux avec bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de porte à faux du buste, pas de piétinement prolongé ».

Par projet de décision du 15 juin 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité, en l'absence d'une aggravation objective de son état de santé. Il retenait que la capacité de travail demeurait pleine et entière dans l'activité habituelle depuis mars 2016, laquelle était adaptée aux limitations fonctionnelles retenues.

Par pli du 30 juin 2021, l'assurée, représentée par Me David Métille, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision susmentionné, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui était accordée. Complétant ses moyens le 11 octobre 2021, elle a produit notamment les pièces suivantes :
- un rapport du 18 août 2021, dans lequel la Dre L._____ a contesté les conclusions de l'expert psychiatre du S._____, estimant que celui-ci avait complétement sous-estimé la gravité de l'état de santé de sa patiente. Elle a exposé les motifs qui la conduisaient à retenir les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent (F32), de trouble du comportement alimentaire de type hyperphagie (F50.4) et de *burnout* (Z73.0). La psychiatre a par ailleurs rapporté une grande fatigue et des douleurs, mis en lien avec les traitements oncologiques et un syndrome d'usure avec un équilibre précaire, se déstabilisant au moindre facteur de stress. Elle a également décrit la nécessité d'une aide massive du mari, des difficultés de planification et de structuration, ainsi qu'une charge mentale importante liée aux problématiques de santé de ses enfants, participant à la symptomatologie dépressive. Enfin, elle a relaté les importants troubles cognitifs, sous forme de difficultés d'attention, de mémoire et de planification décrits par la patiente et son entourage, et confirmés par un

bilan neuropsychologique. Pour la Dre L._____, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et en péjoration progressive depuis 2016, alors que dans une activité adaptée, l'assurée serait en mesure de travailler au maximum deux heures par jour, en télétravail, étant précisé au surplus que le suivi de mesures de réinsertion n'était pas envisageable ;

- un rapport du 30 août 2021 de la Dre BF._____, spécialiste en rhumatologie, retenant le diagnostic de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, en précisant que d'après les recommandations internationales, celui-ci devait être considéré comme ayant les mêmes répercussions cliniques qu'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Selon la spécialiste, l'expert rhumatologue avait oublié de prendre en compte les conséquences de cette atteinte sur les mains et le genou droit. Par ailleurs, elle suspectait une neuropathie des petites fibres, pour laquelle elle était en attente d'une confirmation diagnostique du Service spécialisé en antalgie du CHUV. La rhumatologue a également rapporté une fragilité osseuse, avec un Z-score diminué, témoignant d'une perte de densité osseuse, sans toutefois atteindre le stade de l'ostéoporose densitométrique. Elle a également indiqué que la chirurgie bariatrique et la perte de poids qui en avait résulté avait décompensé la stabilisation articulaire. Pour la spécialiste, la perte de densité osseuse justifiait de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires, à savoir « pas de marche en terrain accidenté, ne pas travailler en hauteur, pas d'activité avec danger de fracture », lesquelles n'avaient toutefois pas d'impact direct sur la capacité de travail, qui était estimée à 60 % dans une activité adaptée, en cas de stabilisation de l'état de santé ;

- un rapport d'évaluation du 2 septembre 2021 de la neuropsychologue M._____, mettant en évidence un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, de sévères troubles de l'attention sélective visuelle et auditive, une fluctuation de la mémoire immédiate verbale et visuospatiale, ainsi que des difficultés dans certaines fonctions exécutives (inhibition, programmation graphique), alors que les autres fonctions cognitives évaluées étaient globalement préservées. Pour la neuropsychologue, qui notait que le tableau cognitif pouvait s'inscrire dans un dysfonctionnement de type multifactoriel, lié à une hypoxie chronique et

aux traitements de chimiothérapie, la capacité de travail était actuellement nulle en raison d'un ralentissement et de troubles de l'attention.

Dans un avis médical du 22 octobre 2021, le SMR est revenu sur son appréciation, en ce sens que la diminution de rendement de 30 % sur une pleine capacité de travail retenue par l'experte interniste du S._____ devait être reconnue. Il a indiqué que la présence de troubles cognitifs et d'un ralentissement pouvant être d'origine hypoxique et facteur de fatigue chronique, ainsi que la suspicion de maladie des petites fibres pouvant contribuer aux douleurs, l'amenaient à reconsidérer sa position dans la mesure où la fatigue et les douleurs évoquées étaient les éléments décrits par l'experte du S._____ pour retenir la baisse de rendement de 30 %. Au terme de son analyse, le SMR a également préconisé la poursuite de l'instruction médicale.

Dans un rapport à l'OAI du 4 novembre 2021, le Dr BJ._____, spécialiste en anesthésiologie, a indiqué qu'il avait vu l'assurée à une seule reprise et était en attente du résultat de la biopsie de peau effectuée le 22 octobre 2021 à la recherche d'une maladie des petites fibres. Il a précisé qu'il n'avait pas procédé à l'examen clinique de l'intéressée, pour laquelle aucun traitement ou suivi n'était prévu au centre d'antalgie du CHUV.

Dans un rapport du 26 novembre 2021, le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a confirmé la présence chez l'assurée d'un syndrome d'hypermobilité articulaire, avec notamment un score de Beighton évalué à 7/9, ainsi que la présence d'un TOS (Syndrome du défilé thoracique) neurogène. Il a considéré qu'en raison d'une fatigabilité accrue, des troubles de l'attention et de la concentration, accentués par les douleurs chroniques d'intensité fluctuante, sa capacité de travail était clairement réduite, celle-ci étant selon lui de 50 % au maximum en tenant compte des restrictions suivantes : les mouvements répétitifs des membres supérieurs, une activité au-dessus du niveau des épaules, les ports de charges au-delà de 2-3 kg occasionnellement, les activités à bout de bras, le maintien de positions statiques ou en porte-à-faux de la nuque. En outre, au vu de l'obésité et des rachialgies et talalgies, il conviendrait

également d'éviter une activité essentiellement debout et/ou nécessitant des fréquents déplacements à pied.

Dans un rapport du 16 décembre 2021, les Drs BL._____ et BJ._____, spécialistes en anesthésiologie, et BK._____, spécialiste en médecine interne générale, ont indiqué que le *testing* sensoriel quantitatif et la biopsie réalisés chez l'assurée avaient permis de confirmer la présence d'une anomalie (structurelle et fonctionnelle) des petites fibres.

Par courrier du 14 mars 2022 faisant suite à une sollicitation de l'OAI demandant notamment des précisions quant à la capacité de travail rapportée dans son bilan du 2 septembre 2021, M._____ a produit ledit rapport en intégralité, en précisant qu'aucun médecin n'avait vu la patiente à l'occasion de cet examen neuropsychologique.

Au terme de son analyse de la situation en date du 29 mars 2022, le SMR a retenu une date de l'aggravation de l'état de santé en mars 2018 en raison des douleurs et discopathies en L5-S1 rapportées. Il a retenu une pleine capacité de travail de mars à décembre 2018 puis, dès le 1er janvier 2019, une capacité de travail de 70 % en raison d'une baisse de rendement de 30 %, afin de tenir compte de l'asthénie et des atteintes cognitives, tant dans l'activité habituelle que dans toute autre activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : « Somatique : éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de port de charge à droite ou de soulèvement du sol [supérieur] à 5kg, pas de port de charge près du corps de plus de 10kg, pas de travaux avec bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de porte à faux du buste, pas de piétinement prolongé ; Cognitif : ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, troubles de l'attention, difficultés à certaines fonctions exécutives (inhibition, programmation graphique) ».

Par courrier du 26 septembre 2022, la recourante a informé l'OAI qu'elle avait bénéficié d'un séjour du 3 au 17 juin 2022 auprès de la C._____ (ci-après : la C._____), à BQ***, prescrit par la Dre L._____, dont les objectifs étaient de prendre de la distance avec son environnement,

reprendre des forces physiques et psychiques et de participer à un planning d'activé hypostimulant (cf. contrat thérapeutique du 26 avril 2022).

Le 4 octobre 2022, l'assurée a transmis notamment une lettre du 14 juin 2022 du Dr BR._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin responsable à la C._____, destinée aux assureurs, selon laquelle ledit établissement n'était pas un hôpital ni une clinique, mais un établissement équivalent à un EMS, avec la présence d'un médecin sur site une fois par semaine, lequel ne voyait pas systématiquement tous les patients de passage, raison pour laquelle l'établissement n'établissait pas de rapport détaillé à l'attention des assureurs. Elle a également joint un bilan thérapeutique dont il ressortait, en substance, que les objectifs de son séjour avaient été atteints et qu'elle se sentait moins fatiguée et avait pu reprendre des forces physiques et psychiques.

Dans un rapport de permanence du 10 octobre 2022, le SMR a maintenu ses précédentes conclusions en relevant que les documents reçus de la C._____ n'étaient pas de nature à les mettre en doute.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 mars 2023, l'évaluatrice a défini le statut de l'assurée comme étant active à 80 % et ménagère à 20 %. En tenant compte de l'aide raisonnablement exigible des membres de la famille et de l'atteinte à la santé de son fils aîné, elle a retenu un taux d'empêchement ménager de 26,77 %.

Par projet de décision du 16 mars 2023 annulant et remplaçant son précédent projet du 15 juin 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité. Reconnaissant une diminution de sa capacité de travail de 30 % dans toute activité professionnelle ainsi qu'un empêchement ménager de 26,77 %, le taux d'invalidité global de l'assurée s'élevait à 29,35 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par pli du 3 avril 2023, complété le 17 mai suivant, l'assurée, sous la plume de son conseil, a déposé des objections à l'encontre du projet de décision susmentionné, en concluant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2019, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a notamment critiqué la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise réalisée en avril 2021 par les experts du S._____ ainsi que les salaires et empêchements ménagers retenus dans l'évaluation du taux d'invalidité. Elle a produit notamment le détail des revenus versés par son employeur pour les années 2016 à 2018. L'assurée a également joint un rapport du 11 mai 2023 de la Dre L._____, laquelle estimait qu'une activité à 70 % était complétement illusoire en raison de la fatigabilité extrême de l'intéressée, de ses troubles cognitifs ainsi que d'un trouble dépressif récurrent. La psychiatre estimait que l'activité habituelle n'était pas adaptée en raison de la pression de rentabilité et de rapidité, et que même dans une activité adaptée à la santé psychique de sa patiente, le maximum exigible serait de quatre jours par semaine, à raison de deux heures par jour, en télétravail. Elle se référait pour le reste à son rapport du 18 août 2021, en précisant que l'évolution de sa patiente était inchangée depuis lors.

Dans un avis médical du 21 juin 2023, le SMR, tenant compte des éléments à sa disposition et des différences d'appréciation entre les médecins traitants et les experts, a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, en médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neuropsychologie.

Par communication du 6 mai 2024, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise au F._____ (ci-après : le F._____), à BW***. Par courrier du même jour faisant suite à une demande préalable de l'assurée, l'OAI a transmis les questions complémentaires de celle-ci aux experts.

Dans leur rapport communiqué le 29 août 2024, les Drs H._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en rhumatologie et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

ainsi que le neuropsychologue P._____, ont retenu les diagnostics suivants :

> « - Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4).
> - Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant (Z61.6).
> -Privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0).
> - Situation de proche aidant avec des enfants qui nécessitent des soins particuliers (Z63.06).
> - Fatigue d'origine indéterminée, probablement multifactorielle.
> - Polyarthralgies chroniques de cause indéterminée.
> - Rachialgies communes sur discopathie en L5-S1.
> - Troubles du spectre de l'hypermobilité.
> - Status après by-pass gastrique selon Roux en avril 2017.
> - Syndrome d'apnées du sommeil appareillé par C-PAP depuis 2016.
> - Carcinome invasif du quadrant supéro-interne du sein droit, diagnostiqué le 02.06.2014, en rémission :
> o Status après tumorectomie-excision du ganglion sentinelle le 27.06.2014.
> o Status après chimiothérapie du 22.07.2014 au 03.11.2014.
> o Status après radiothérapie terminée le 09.01.2015.
> o Traitement de Tamoxifène 20 mg/j en cours.
> - Obésité morbide (BMI 41,2 kg/m2).
> - Diabète de type II en rémission depuis le by-pass.
> - Ostéoporose traitée.
> - Status après diabète gestationnel en 2008 et 2012.
> - Hypothyroïdie substituée.
> - Asthme allergique depuis 2007.
> - Status après réduction mammaire bilatérale en 1999.
>
> Aucun diagnostic neuropsychologique ne peut être retenu. »

Les experts ont considéré que la fatigue, d'origine indéterminée, occasionnait une baisse de rendement estimée au maximum à 30 %, ce qui les conduisait à retenir une capacité de travail minimale de 70 % tant dans l’activité habituelle que dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles tenant compte du status après traitement d’un cancer du sein droit, à savoir port de charges limité à 5 kg, pas de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit et pas de travail impliquant les bras au-dessus de l’horizontale des épaules. Ils ont précisé qu’il n’y avait aucune diminution de rendement ni limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique.

Dans un avis médical du 10 septembre 2024, le SMR a demandé un complément d’expertise au F._____.

Par courrier du 18 octobre 2024, l'assurée a fait part de ses observations concernant l'expertise. Etaient joints une liste de questions complémentaires à l'attention des experts, ainsi qu'un rapport du 9 octobre précédent de la Dre L._____ répondant aux questions de son conseil en lien avec l'expertise.

Le 30 octobre 2024, l'OAI a transmis aux experts du F._____ les questions complémentaires soumises par l'assurée.

Le 6 novembre 2024, les experts du F._____ ont complété leur appréciation en répondant aux questions transmises. Sur le plan de la neuropsychologie, ils ont en substance expliqué que l'examen réalisé en 2021 par M._____ était insuffisant pour parvenir aux conclusions qui étaient les siennes. Ils relevaient notamment l'absence de lésions cérébrales, ainsi que le fait que ledit examen retenait comme source des troubles une hypoxie chronique et un trouble post-chimiothérapie, alors que l'intéressée bénéficiait d'un appareil CPAP [appareil à pression positive continue] depuis 2015, respectivement que la chimiothérapie avait cessé en 2016. Les experts ont par ailleurs expliqué que du point de vue de la rhumatologie, il n'y avait pas de limitation impactant l'activité d'agente de *call center*, mais que, d'un point de vue général, il se justifiait de retenir également des limitations fonctionnelles pour les activités sollicitant le dos, en raison des rachialgies. L'activité exigible devrait ainsi permettre l'alternance des positions assise/debout, d'éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port ponctuel de charges de plus de 10 kg. Sur le plan psychiatrique, les experts ont notamment précisé qu'ils estimaient la date médico-théorique de rémission du trouble dépressif récurrent au 24 juin 2022, soit la date de sortie de la C._____, séjour au terme duquel l'assurée avait décrit un effet bénéfique de cette prise en charge en raison de la disparition des soucis de la gestion du quotidien, en particulier liés à l'organisation du quotidien, de la scolarité et des soins de ses deux garçons souffrant d'un TDAH [trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité]. Le Dr T._____ a également confirmé que ses conclusions étaient en bonne concordance avec les conclusions de l'expertise psychiatrique du S._____ de 2021, depuis laquelle il n'y avait pas eu

d’évolution clinique significative. Il a souligné que l’épisode dépressif débuté en 2014 avait toujours été léger et sans incidence sur la capacité de travail et que la date de rémission de l’état dépressif sus-évoquée n’avait que peu d’importance dans la mesure où elle n’était pas déterminante pour apprécier la capacité de travail, laquelle avait toujours été de 100 % sans baisse de rendement du point de vue psychiatrique.

Par pli du 8 janvier 2025, les experts du F._____ ont encore répondu aux questions complémentaires soumises par le conseil de l’assurée. Sur le plan de la rhumatologie et de la médecine interne, ils ont en substance expliqué pourquoi ils avaient écarté le diagnostic de syndrome d’Ehlers-Danlos, ainsi que celui de syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène. L’expert psychiatre a par ailleurs exposé avoir eu un entretien téléphonique avec la Dre L._____, psychiatre traitante, lors duquel ils avaient pu échanger leurs points de vue, et duquel il ressortait en substance que la Dre L._____ prenait en compte le contexte bio-psycho-social de sa patiente, dont notamment les difficultés scolaires de son fils aîné, alors que l’appréciation de l’expert se rapportait uniquement à la situation bio-médicale de l’assurée.

Dans un avis médical du 7 février 2025, le SMR a en substance jugé convaincantes les conclusions ressortant du rapport d’expertise et des compléments des experts du F._____, dont le consensus se prononçait en faveur de l'absence de changement dans l'état de santé de l’assurée depuis la dernière décision entrée en force. Il a constaté que les deux expertises pluridisciplinaires indépendantes mises en œuvre avaient des conclusions globalement superposables, s'écartant nettement des conclusions des médecins traitants figurant au dossier. Les consensus d'experts décrivaient une discrépance entre les plaintes subjectives de l’assurée et les constats objectifs, pouvant en partie être en lien avec des facteurs de surcharge psychosociaux. Sur cette base, le SMR a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité entre juin 2014 et le 29 février 2016, puis, dès le 1er mars 2016, une pleine capacité de travail compte tenu d’une baisse de rendement de 30 % dans l’activité habituelle ainsi que dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir : fatigue, éviter les

mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas d'activités les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, alternance des positions assise/debout, éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port ponctuel de charges de plus de 10 kg.

Par courrier du 18 mars 2025 répondant aux objections de l'assurée, l'OAI a considéré que le rapport d'expertise du F._____ avait une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dans la mesure où l'assurée avait fait l'objet d'un examen complet dans chaque discipline, lors desquels ses plaintes avaient été recensées, et l'anamnèse détaillée. Par ailleurs, les conclusions des experts – complétées par les réponses aux questions supplémentaires émanant du SMR et de l'intéressée –, dûment motivées, claires et compréhensibles, étaient superposables à celles du S._____ en termes de capacité de travail et de baisse de rendement. Il en allait de même du caractère adapté de l'activité habituelle de l'assurée, la baisse de rendement de 30 % étant motivée par une fatigue justifiant des pauses régulières durant la journée de travail, qui n'était toutefois pas en lien avec une atteinte psychiatrique, ni neuropsychologique. Sur le plan somatique, l'OAI relevait encore que selon les experts, les exigences du poste en *call center* étaient parfaitement compatibles avec les limitations fonctionnelles, s'agissant d'une activité exclusivement assise, malgré les indications ressortant du rapport de l'employeur.

Par décision du 19 mars 2025 confirmant son projet du 16 mars 2023, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Il s'est pour le surplus référé à son courrier susmentionné, lequel faisait partie intégrante de la décision.

Par courrier du même jour, l'OAI a transmis à l'assurée les compléments d'expertises du F._____ datés des 6 novembre 2024 et 8 janvier 2025.

Par courrier du 28 mars 2025, l'assurée s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'OAI ne lui avait pas laissé la possibilité de se déterminer sur les compléments d'expertise,

transmis le 19 mars 2025 seulement, respectivement de ne pas avoir observé la procédure de préavis, avant de rendre une décision sur le fond. Elle a également critiqué le fait que seule la directrice médicale du F._____ ait signé lesdits compléments et non les experts examinateurs.

Le 7 avril 2025, l'OAI a expliqué à l'assurée que les mesures d'instruction entreprises depuis ses objections au projet de décision du 16 mars 2023 avaient permis de confirmer sa position, raison pour laquelle la décision du 19 mars 2025 avait été rendue sans qu'un nouveau projet ne soit nécessaire. L'OAI, rappelant par ailleurs que l'intéressée avait pu prendre connaissance du rapport d'expertise du 29 août 2024 du F._____ et pu formuler ses questions complémentaires aux experts, a indiqué qu'au vu des réponses obtenues de ceux-ci, lesquelles n'avaient pas amené d'éléments nouveaux et ne justifiaient pas un changement de position, il n'avait pas jugé nécessaire d'impartir un délai supplémentaire à l'assurée.

D. Par acte du 8 mai 2025, A._____, toujours représentée par Me David Métille, a interjeté recours contre la décision du 19 mars 2025 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation [*recte* : sa réforme], dans le sens de l'octroi d'un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1er avril 2019 compte tenu d'un taux d'invalidité global de 65,09 %, subsidiairement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès la même date compte tenu d'un taux d'invalidité global de 53,37 %, et plus subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, respectivement au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède lui-même à une telle expertise. La recourante s'est d'abord plainte d'une violation de son droit d'être entendue, en reprenant les arguments avancés devant l'OAI. Sur le fond, elle a résumé les éléments de fait de son parcours, en déplorant que le Dr G._____ l'ait expertisée en 2016, puisque celui-ci fonctionnait comme médecin-conseil auprès de différentes assurances et ne disposait pas de connaissances spécifiques en oncologie. La recourante a ensuite fait part de ses griefs à l'encontre de l'expertise mise en œuvre auprès du F._____, en soulignant également le caractère exigeant de son activité habituelle auprès de D._____, en se référant au rapport employeur du 18 décembre 2018. Elle a par ailleurs

remis en cause l'étendue des empêchements ménagers retenus dans le rapport d'évaluation ménagère du 10 mars 2023, estimant présenter des empêchements ménagers d'au moins 30,85 %, et non seulement de 26,77 %, et soutenant également qu'un montant de 84'042 fr. 50 aurait dû être retenu à titre de revenu sans invalidité. Avec son recours, elle a produit notamment les pièces suivantes :

- un extrait du site Compendium.ch relatif au médicament Venlafaxine 150 mg ;
- un rapport du 8 avril 2025 de la Dre L._____, dans lequel celle-ci a exposé s'être ralliée, au terme d'un échange téléphonique, aux diagnostics retenus par l'expert psychiatre du F._____, en y ajoutant toutefois ceux de trouble alimentaire (F50.4) et de *burnout* parental (Z73.0). Elle soutenait cependant, à l'inverse de l'expert, qu'il existait d'importantes limitations fonctionnelles psychiatriques, principalement de type dépressif et cognitif, à savoir une incapacité à gérer ses émotions et sa détresse, un ralentissement cognitif et des difficultés de concentration, ce qui l'amenait à confirmer une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'agente de *call center*. Elle a également indiqué avoir insisté auprès de l'expert sur la nécessité d'une mesure d'observation et de réentrainement dans le but d'aider sa patiente à réintégrer le marché du travail après plusieurs années d'arrêt ;
- un rapport du 2 mai 2025 du Dr V._____, aux termes duquel celui-ci a déclaré qu'il ne pouvait pas se rallier aux conclusions de l'expert rhumatologue du F._____. Il a d'abord indiqué, s'agissant du diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos (SEDh), que ses constats ne correspondaient pas à ceux de l'expert, en soulignant que, selon lui, il fallait au moins retenir un trouble du spectre de l'hypermobilité, associé au SEDh et traité comme tel. Il estimait dès lors que la fatigue de l'assurée ne pouvait pas être d'origine indéterminée, mais bien liée au trouble précité. Le Dr V._____ a également considéré que c'était à tort que l'expert rhumatologue avait écarté le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène, pour lequel l'assurée remplissait l'entier des critères. S'agissant de la capacité de travail, il a en substance repris ses explications développées dans son rapport du 26 novembre 2021, l'évaluant à 50 % au maximum dans une activité adaptée, alors que la capacité de travail était nulle dans

l'activité d'agente de *call center* en raison du maintien de la position statique du tronc et de la nuque et des mouvements répétitifs avec les membres supérieurs.

Dans sa réponse du 4 juillet 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant notamment à un avis médical SMR du 24 juin 2025, également annexé, dans lequel celui-ci considérait, en substance, que les rapports produits avec le recours ne contenaient pas d'éléments médicaux nouveaux et réitéraient seulement les appréciations des deux médecins concernés, déjà connus et dûment pris en compte par les experts, si bien qu'aucun changement de position ne se justifiait.

En réplique, le 25 septembre 2025, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a derechef critiqué l'expertise réalisée par le F._____, en particulier son volet psychiatrique, déplorant en particulier un examen superficiel des symptômes de la lignée dépressive, ainsi que la date de rémission du trouble psychiatrique retenue par l'expert, soit la fin de son séjour à la C._____. La recourante a également critiqué des aspects formels de l'expertise, liés à sa longueur, à la présence de « copiés-collés » et de « doublons », évoquant également un manque d'indépendance lié au fait que le complément d'expertise n'avait été signé que par la directrice médicale du F._____, respectivement que le neuropsychologue P._____ en était administrateur avec signature collective à deux, tel que cela ressortait d'un extrait du registre du commerce dudit centre d'expertises, également annexé.

Dupliquant le 23 octobre 2025, l'OAI a maintenu sa position, en indiquant n'avoir rien à ajouter à sa réponse du 4 juillet précédent.

Dans de nouvelles déterminations spontanées du 16 mars 2026, la recourante a maintenu ses moyens et conclusions en se prévalant d'un arrêt du Tribunal fédéral dans lequel la Haute cour avait jugé qu'un défaut de signature d'un complément d'expertise par un des experts devait conduire au renvoi de la cause à l'autorité intimée.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations du 14 novembre 2018. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'OAI pouvait nier une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision entrée en force ayant fait l'objet d'une instruction complète, datée du 27 juin 2017.

3. **a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la

rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1er juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) Dans le cas d'espèce, la recourante a déposé sa deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 novembre 2018. Cette date étant antérieure au 1er juillet 2021, il convient par conséquent d'appliquer l'ancien droit dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. **a)** Dans un premier grief de nature formelle qu'il convient de traiter préalablement, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, motif pris de l'absence d'un nouveau projet de décision, respectivement de l'absence d'un nouveau délai de détermination sur les compléments d'expertise qui lui ont été transmis le 18 mars 2025.

b) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

c) En l'occurrence, comme l'observe l'intimé dans son courrier du 7 avril 2025, les mesures d'instruction entreprises ensuite des objections déposées par la recourante à l'encontre du projet de décision rendu le 16

mars 2023 lui ont permis de confirmer entièrement sa position, telle que contenue dans ledit projet. Par ailleurs, la recourante a été en mesure de prendre connaissance du rapport d'expertise établi le 29 août 2024 par le F._____ et de formuler des questions complémentaires à l'attention des experts, lesquels ont fourni des compléments dont la teneur n'amenait pas d'éléments nouveaux ni ne justifient une modification de la position de l'OAI. Dans ce contexte, on doit admettre, avec l'intimé, qu'il était admissible de procéder sans notifier de nouveau projet de décision ni impartir un nouveau délai à la recourante pour se déterminer.

Au surplus, il faut relever que la recourante a pu faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une éventuelle violation de son droit d'être entendue devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

5. **a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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).

c) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée 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 elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon
l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI).

6. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est

réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

7. **a)** Pour 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_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des

recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

f) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

g) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une

allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

8. **a)** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée par la recourante le 14 novembre 2018, celle-ci ayant allégué notamment une reprise de douleurs accompagnées d'une fatigue incapacitante. Entamant une longue instruction dans le but de déterminer si la capacité de travail de la recourante était altérée depuis la précédente décision entrée en force, l'OAI a consulté les médecins traitants de l'intéressée, avant d'ordonner une première expertise pluridisplinaire auprès du S._____, réalisée en 2021. Après avoir rendu un premier projet de décision le 15 juin 2021, l'OAI a modifié ses conclusions afin de tenir compte des avis médicaux produits dans le cadre des objections déposées par l'assurée et a présenté un nouveau projet de décision le 16 mars 2023, à l'encontre duquel la recourante a à nouveau opposé l'avis divergeant de ses médecins traitants, en particulier du point de vue psychiatrique. L'intimé a alors ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, avec volets de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie, complétée par une évaluation en neuropsychologie, réalisée par le F._____ en 2024.

Sur la base du rapport d'expertise du F._____ du 29 août 2024 et de ses compléments des 6 novembre 2024 et 8 janvier 2025, ainsi que des appréciations successives du SMR, l'OAI a estimé que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié de manière significative depuis la décision du 27 juin 2017 entrée en force. Il a retenu une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % afin de tenir compte de la fatigue, tant dans l'activité habituelle que dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, les activités les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, l'alternance des positions assise/debout, le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port ponctuel de charges de plus de 10 kg.

La recourante critique le bien-fondé des conclusions expertales. Il convient dès lors de se pencher sur la valeur probante de celles-ci.

b) aa) Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridiscplinaire réalisé par le F._____ le 29 août 2024 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus. Les experts ont établi un rapport de synthèse dans lequel ils ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. Ils ont fondé leur appréciation sur son dossier médical transmis par l'OAI. Chaque expert a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète, aussi bien sur le plan personnel et familial que social et médical. Les experts ont tenu compte des plaintes de la recourante, qu'ils ont soigneusement listées, et les ont confrontées avec leurs constatations objectives. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Les différents avis médicaux au dossier ont été discutés par les experts, ces derniers examinant en outre les ressources, la gravité des troubles retenus, ainsi que la cohérence. Tant la description du contexte médical que l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions médicales sont le fruit d'une analyse pluridisciplinaire réalisée par les experts et sont bien motivées.

bb) La recourante se plaint du fait que la directrice médicale du F._____ ait signé « pour ordre » le complément du 6 novembre 2024 au nom des experts interniste, rhumatologue et neuropsychologue, sollicité par le SMR, respectivement au nom de tous les experts dans le second complément répondant aux questions du conseil de la recourante, communiqué le 8 janvier 2025. Elle se prévaut à cet égard d'un arrêt TF 8C_450/2025 du 7 janvier 2026, dans lequel le Tribunal fédéral avait jugé que la cause devait être renvoyée à l'office AI en raison du défaut de signature, par l'un des experts, de compléments d'expertise sollicités afin d'évaluer un nouveau rapport hospitalier contenant les résultats d'un examen clinique préconisé par l'expert en question. En l'occurrence, cette

jurisprudence ne saurait s'appliquer au cas d'espèce, qui est différent à plusieurs égards. En effet, dans le cas qui nous occupe, les compléments sollicités, tant par l'intimé que par la recourante, avaient vocation à éclaircir certains points de l'expertise, mais non de prendre position sur les résultats d'un examen clinique ou l'avis d'un médecin non pris en compte lors de l'expertise. Par ailleurs, les compléments apportés par les experts du F._____ n'ont pas fondé de modification de la position du SMR, respectivement de l'OAI, quant à la capacité de travail exigible de la recourante. Par conséquent, ce défaut de signature ne permet pas d'ôter à ces documents leur valeur probante.

Au surplus, on ne voit pas non plus en quoi le nombre de pages du rapport d'expertise du F._____ jouerait un rôle ici. Il est au demeurant courant que les rapports d'expertise qui comportent plusieurs volets comprennent des passages « copiés-collés », sans que ce seul point, pris isolément, puisse venir entamer leur valeur probante. Le nombre de pages d'un rapport d'expertise n'est pas un critère permettant de lui nier ou lui reconnaître un caractère probant.

La recourante soutient par ailleurs que les analyses faites par le médecin du SMR, le Dr CC._____, médecin praticien et spécialiste en médecine interne générale, seraient dépourvues de validité au motif que celui-ci ne dispose pas de compétences spécialisées en rhumatologie et psychiatrie. On rappellera ici que les avis SMR n'impliquent, de par leur nature, pas d'examen clinique et ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. consid. 8d *supra*).

c) L'état de santé somatique de la recourante a été investigué, sur les plans de la médecine interne générale et de la rhumatologie, par les Drs H._____ et J._____.

aa) Du point de vue internistique, le Dr H._____ a considéré les diagnostics suivants (cf. rapport d'expertise du F._____ du 29 août 2024, volet de médecine interne, p. 35) :

> « - Fatigue d'origine indéterminée.
> - Status après by-pass gastrique selon Roux en avril 2017.
> - Syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2016.
> - Carcinome invasif du quadrant supéro-interne du sein droit, diagnostiqué le 02.06.2014 :
> o Status après tumorectomie-excision du ganglion sentinelle le 27.06.2014.
> o Status après chimiothérapie du 22.07.2014 au 03.11.2014.
> o Status après radiothérapie terminée le 09.01.2015.
> o Traitement de Tamoxifène 20 mg/j en cours.
> - Obésité morbide (BMI 41,2 kg/m2).
> - Diabète de type II en rémission depuis le by-pass.
> - Ostéoporose traitée.
> - Status après diabète gestationnel en 2008 et 2012.
> - Hypothyroïdie substituée.
> - Asthme allergique depuis 2007.
> - Status après réduction mammaire bilatérale en 1999. »

Après avoir résumé le parcours médical de la recourante, l'expert a justifié son évaluation du cas particulier en ces termes (cf. *ibidem*, pp. 33) :

> « […] Au jour de l'expertise, l'assurée se plaint toujours de l'existence d'une importante fatigue, déjà présente le matin au lever, nécessitant la réalisation régulière de pauses au cours de la journée, retournant parfois se coucher le matin, et en accomplissant une ou deux sieste les après-midis. Le sommeil n'est pas considéré comme forcément réparateur, même si elle se lève sans trop de difficultés à 06h30 en semaine, pour préparer le petit-déjeuner à sa famille.
>
> L'assurée explique également avoir une grande fatigabilité en rapport avec d'importantes difficultés de concentration et des problèmes de mémoire accompagnés d'une non-résistance au stress.
>
> L'examen clinique est non contributif. L'assurée présente une obésité gynoide marquée, qui concerne surtout l'abdomen inférieur et les cuisses, s'arrêtant de manière nette aux genoux, les jambes n'étant pas concernées. Le BMI est à 42.1 kg/m2, soit une obésité de classe III. On note la présence de quelques petits hématomes sous-cutanés, que l'assurée décrit en avoir fréquemment. Les cicatrices de réduction mammaire bilatérale sont calmes, la reprise cicatrice de réduction pour tumorectomie droite, souple et calme. Cicatrice du creux axillaire droit calme (lors de l'examen, l'assurée ajoute que cette cicatrice a également été reprise pour enlever une *tumeur cutanée bénigne due à la radiothérapie).* On retrouve une induration circulaire de 10 cm de diamètre sus-mamelonnaire, connue de longue date par l'assurée, sans modification au fil du temps. L'inspection et la palpation du sein gauche est sans particularité. Absence d'adénopathie, notamment axillaire ddc.
>
> L'auscultation cardio-pulmonaire est physiologique.

La fatigue est une sensation subjective et aucun caractère objectif n'a pu être mis en évidence au jour de cette évaluation. En effet, il n'y a pas eu de bâillement, pas d'attaque de paupières ni signe d'hypovigilance. L'assurée a pu garder le focus pendant toute la durée de l'évaluation sans que l'expert ne puisse remarquer une quelconque fatigabilité.

Le large bilan sanguin pratiqué le 29.04.2024 à la consultation post-chirurgie bariatrique du CHUV n'a retrouvé aucune carence, notamment en ferritine, ni d'anémie, qui aurait pu expliquer au moins une partie de cette sensation existante.

On pourrait évoquer un diagnostic de Cancer-related Fatigue (CrF), mais ce diagnostic n'a jamais été mentionné dans le dossier, même pas par les médecins oncologues.

On rappelle qu'il s'agit d'un syndrome multidimensionnel, dont souffre la majorité des patients atteints d'un cancer durant le traitement. Il peut cependant persister dans 30 à 40% des cas encore longtemps après la fin du traitement, même lorsque les atteintes somatiques sous-jacentes ont été traitées. Mais nous sommes ici à 10 ans du diagnostic. Les causes et l'origine du CrF ne sont ainsi, selon l'état actuel de la science, pas complètement élucidées. La science médicale s'accorde toutefois à admettre qu'elles sont complexes et que plusieurs facteurs somatiques, émotionnels, cognitifs et psycho-sociaux y sont associés. En tant que symptômes d'accompagnement d'atteinte oncologique et de traitement, la CrF a une origine organique, raison pour laquelle il n'y a pas lieu d'appliquer les critères développés par la jurisprudence concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux persistants.

L'assurée rapporte qu'aux yeux des oncologues, la fatigue ou les douleurs dont elle se plaint ne sont pas/plus en lien avec son cancer, raison pour laquelle ils l'ont adressée en rhumatologie, qu'elle a eu tout un parcours dans le CHUV, que finalement elle a vu la Dre BF._____ qui lui a diagnostiqué *mon SED* (sic, lire syndrome d'Ehlers-Danlos), *confirmé après analyse des petites fibres par le Dr V._____,* médecine physique et réadaptation. C'est ce dernier qui a prescrit à l'assurée une oxygénothérapie à domicile qui l'aide bien.
L'assurée est maintenant convaincue que la fatigue entre dans le cadre du diagnostic de son syndrome d'Ehlers-Danlos.

Quelle qu'en soit la raison, nous estimons que la fatigue entraîne une diminution de rendement au maximum de 30% dans son activité habituelle qui peut être assimilée à une activité adaptée. Nous rejoignons ainsi l'appréciation de l'expertise du S._____.

Comme limitations fonctionnelles, compte tenu du status après chirurgie, radiothérapie et prélèvement ganglionnaire :
- Port de charges limité à 5 kg.
- Pas de mouvement répétitif avec le membre supérieur droit chez cette droitière.
- Pas de travail impliquant les bras au-dessus de l'horizontale des épaules.

> Nous ne retenons pas les limitations fonctionnelles de la Dre W._____, experte interniste du S._____, qui retenait, en raison de l'obésité morbide, celles de :
> *Pas de station debout prolongée. Pas de marche prolongée. Pas de montée/descente répétée d'escalier. Pas de port de charges lourdes. Pas de postures pénibles prolongées type accroupie ou à genoux.*
>
> Car elles font selon nous partie du bon sens au vu de l'habitus.
>
> Nous avons interrogé l'assurée sur la pénibilité de son travail de call-center. Elle nous a confirmé que, contrairement à ce qu'a mentionné l'employeur, elle n'avait jamais à stationner debout de façon prolongée, ni à porter des charges, jamais de 10 kg et en tout cas pas de 25 kg. Elle pense que de telles exigences existaient peut-être lorsqu'elle travaillait dans un D._____ Shop. On note ici qu'elle a pu les assumer alors qu'elle pesait bien plus qu'aujourd'hui. L'assurée confirme que son activité de call-center se faisait exclusivement assise, derrière un ordinateur. Il n'y avait strictement aucune pénibilité physique. Elle dit en souriant : *Tout au plus devais-je mettre une carte SIM dans une enveloppe pour l'envoyer à un client !*
>
> **6.2 <u>Évaluation de la cohérence et de la plausibilité</u>**
> Les plaintes sont cohérentes et plausibles. Cependant, la fatigue est une sensation subjective et aucun caractère objectif n'a pu être mis en évidence au jour de cette évaluation. En effet, il n'y a pas eu de bâillement, pas d'attaque de paupières ni signe d'hypovigilance. L'assurée a pu garder le focus pendant toute la durée de l'évaluation sans que l'expert ne puisse remarquer une quelconque fatigabilité. »

Sur cette base, le Dr H._____ a retenu une pleine capacité de travail avec une diminution de 30 % afin de tenir compte de la fatigue annoncée, tant dans l’activé habituelle, qui était adaptée, que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées au status après traitement d’un cancer du sein droit, à savoir : port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement répétitif avec le membre supérieur droit et pas de travail impliquant les bras au-dessus de l'horizontale des épaules. Il a encore précisé qu’il ne retenait pas de limitations fonctionnelles en lien avec l’obésité, relevant, selon lui, du simple bon sens.

bb) Sur le plan de la rhumatologie, le Dr J._____ a retenu les diagnostics suivants (cf. *ibidem*, volet de rhumatologie, p. 29) :

> « - Polyarthralgies chroniques de cause indéterminée.
> - Rachialgies communes sur discopathie en L5-S1.
> - Obésité morbide avec status après by-pass digestif en 2017.
> - Troubles du spectre de l'hypermobilité.
> - Status après cancer invasif du sein droit traité par tumorectomie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie adjuvante.
> - Hypothyroïdie traitée dès 2011 environ.
> - Syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP. »

Il a fait part de son évaluation médicale spécialisée en ces termes (cf. *ibidem*, pp. 27-29) :

> « […] Du point de vue ostéo-articulaire, Madame A._____ présente une hyperlaxité dès son enfance et elle rapporte des entorses multiples, surtout aux chevilles. La situation s'aggrave selon elle en 2018 avec l'apparition de céphalées et de douleurs d'abord à une hanche puis à diverses articulations et au rachis. L'expertisée précise bien que ceci n'est pas apparu avec les traitements oncologiques ou l'instauration de l'hormonothérapie. L'essai de suspendre ce traitement puis de le reprendre ensuite, n'a en rien modifié les polyarthralgies. Madame A._____ a bénéficié d'investigations spécialisées qui ont permis d'exclure une cause en lien avec l'affection oncologique. Les investigations en rhumatologie ont permis d'écarter une arthropathie inflammatoire de type polyarthrite rhumatoïde. Les examens ont révélé une discopathie en L5-S1, sans compression neurologique. Ensuite, vu la notion anamnestique d'hyperlaxité, un syndrome d'Ehlers-Danlos a été évoqué. Selon Madame A._____, ce diagnostic a été confirmé et serait la cause des douleurs et de la fatigue.
>
> Lors de la présente évaluation, Madame A._____ estime que sa situation se dégrade. La symptomatologie douloureuse est plus importante qu'auparavant surtout elle se plaint de fatigue et de céphalées. Les douleurs sont quotidiennes, cotées haut sur l'échelle visuelle analogique. Les symptômes n'ont pas d'horaire. Cela ne s'accompagne pas de signe inflammatoire des articulations périphériques. La mobilité articulaire est conservée mais l'expertisée fait beaucoup moins d'entorses qu'avant. Elle prend à la demande un médicament antalgique et poursuit la physiothérapie à raison d'une séance par mois et fait des exercices notamment l'aquagym une fois par semaine.
>
> Du point de vue objectif, nous sommes confrontés à une femme de 44 ans, obèse, collaborante, au comportement adéquat, sans signe de majoration des symptômes ou de comportement démonstratif. Il n'y a pas de signe de fatigabilité alors que c'est une plainte principale. Elle peut rester assise plus d'une heure, sans difficulté apparente et sans plainte et la gestuelle du quotidien effectuée sans gêne apparente (les mouvements de déshabillage et de rhabillage par exemple).
>
> L'examen clinique proprement dit est banal, non contributif. Il n'y a pas de signe en faveur de troubles ostéo-articulaires dégénératifs avancés ou de signe en faveur d'une arthropathie inflammatoire. La mobilité articulaire est conservée mais il n'y a pas non plus de signe d'hyperlaxité (2/9 points au score de Beighton). Il y a quelques zones douloureuses du corps à la palpation mais sans caractéristique typique d'une fibromyalgie et en nombre insuffisant pour retenir ce diagnostic.
>
> La cause des plaintes douloureuses de Madame A._____ demeure indéterminée. Dès 2018, une discopathie en L5-S1 a été mise en évidence et cela peut expliquer en partie les rachialgies mais ce n'est pas la plainte principale. Comme décrit ci-dessus, le tableau clinique

n'est pas typique d'une fibromyalgie. Les polyarthralgies-myalgies qui peuvent être fréquemment associées à une hormonothérapie, ne semblent pas être en cause dans le cas présent puisqu'il n'y a pas de lien temporel avec la prise de ce traitement. Enfin, l'expertisée affirme souffrir d'un syndrome d'Ehlers-Danlos. Ce diagnostic n'a pas été retenu lors de l'évaluation par les rhumatologues du CHUV. Il n'est pas confirmé, contrairement aux affirmations de l'expertisée, par la Dre BF._____ qui conclut à *un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée.* Lors de l'expertise médicale pluridisciplinaire de 2021, les critères n'étaient pas remplis pour poser le diagnostic. Ceci se retrouve lors de la présente évaluation où les critères I (score de Beighton) et les critères II (clinique générale et antécédents) ne sont pas remplis. Tout au plus peut-on retenir un trouble du spectre de l'hypermobilité mais qui n'entraîne pas de limitation fonctionnelle pour une activité sédentaire, sans charge physique, comme exerçait Madame A._____ en qualité d'agent de call center.

En conclusion Madame A._____ est une femme de 44 ans, obèse, qui présente un status après cancer du sein droit en 2014 et qui souffre de polyarthralgies de cause indéterminée. Elle présente un trouble du spectre de l'hypermobilité et des rachialgies communes. Du point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail est préservée dans la dernière activité exercée d'agent de call center.

6.2 <u>Évaluation de la cohérence et de la plausibilité</u>
Il n'y a pas d'incohérence manifeste chez une personne au comportement adéquat et collaborante. Toutefois, il n'est pas constaté à l'examen physique des signes de fatigue, alors que c'est une des plaintes principales. »

Le Dr J._____ a considéré que, du point de vue rhumatologique, l’intéressée disposait d’une pleine capacité de travail dans l’activité habituelle ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles d’ordre internistique, en lien avec le status après traitement d'un cancer du sein droit.

L’expert rhumatologue a confirmé, dans son complément du 6 novembre 2024, qu’il n'y avait pas de limitation fonctionnelle influençant l’activité d'agente de *call center*. Il observait néanmoins que, d'un point de vue général, il se justifiait de retenir des limitations fonctionnelles d’épargne du dos, en raison des rachialgies, toute autre activité adaptée devant permettre l'alternance des positions assise/debout, d’éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port ponctuel de charges de plus de 10 kg.

d) aa) Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr T._____. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise du F._____ du 29 août 2024, volet de psychiatrie, pp. 28-29) :

> **« 4.3. Constatations lors de l'examen**
> Contact et attitude relationnelle
> Contact adéquat. Attitude coopérante. L'expertisée n'est pas expansive, elle n'est pas familière, elle n'est pas obséquieuse, ni séductrice. Elle n'est pas fuyante, elle n'est pas réticente, elle n'est pas opposante. Elle n'est pas hostile. Elle n'est pas méfiante.
>
> Activités psychomotrices
> Il n'y a pas d'hyperactivité, ni d'agitation psychomotrice, ni d'agitation sans but. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Il n'y a pas de perturbation qualitative de la psychomotricité. Il n'y a pas de mouvements anormaux.
>
> Fonctions intellectuelles, cognitives et langage
> L'expertisée répond aux questions de manière précise. Elle s'exprime bien. Elle est vigilante. Elle est orientée dans le temps et dans l'espace. Il n'y a pas cliniquement de trouble mnésique ni à court ni à long terme. Le raisonnement et le jugement sont efficients. Elle n'est pas fatigable (pas de bâillement, pas d'hypovigilance, pas de perte de focus).
>
> Pensée
> Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée, notamment pas de tachypsychie, ni de bradypsychie, ni de barrage, le déroulement et le contenu de la pensée sont normaux. Il n'y a pas d'obsession, ni d'idées délirantes.
>
> Perception
> Il n'y a pas de signe indirect d'hallucinations.
>
> Affectivité
> Il n'y a pas de déficit émotionnel. Il n'y a pas de labilité émotionnelle. Il n'y a pas d'agressivité pathologique. L'humeur est anxieuse (intensité faible). L'expertisée est euthymique. Il n'y a pas de troubles cognitifs.
>
> Comportements observables
> Il n'y a pas de compulsion, ni de stéréotypies, ni d'actes impulsifs.
>
> **Comportement de l'assurée lors des examens**
> *Adéquat :* oui.
> *Collaborant :* oui.
> *Démonstratif :* non.
> *Majorant :* oui pour ce qui concerne l'auto-évaluation de l'intensité de son humeur dépressive. Il n'y a pas de signe objectif de fatigue.
> […] »

Après un contrôle sanguin destiné à vérifier la compliance à la médication antidépressive, le Dr T._____ a retenu les diagnostics d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) anamnestique, de trouble

dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant (Z61.6), de privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0) et de situation de proche aidant avec des enfants qui nécessitent des soins particuliers (Z63.06). Il a communiqué l'évaluation spécialisée suivante (cf. *ibidem*, pp. 29-32) :

> « L'anamnèse retient que l'expertisée a eu une enfance compliquée. Il y a eu maltraitance psychologique et physique. Il y a eu des difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à une enfant (Z61.6). Il y a une notion de carence affective. Il y a eu privation de relation affective pendant l'enfance (Z61.0).
>
> L'anamnèse retient que l'expertisée a un rôle de proche aidant, ces deux enfants souffrent de TDAH. Il y a une situation avec des enfants qui nécessitent des soins (Z63.06).
>
> L'anamnèse retient qu'il y a eu des attaques de panique (2005-2007 jusqu'à 2-3 par semaine (crise d'anxiété de 15 min. environ avec difficulté à inspirer, peur de mourir), il y avait de l'agoraphobie (besoin impératif de sortir du magasin), l'expertisée relate s'être assise par terre dans le magasin n'arrivant plus à avancer. Il n'y aurait plus de crise significative ni en intensité, ni en fréquence depuis lors. Elle décrit une bonne réponse thérapeutique (prise en soin par sa psychiatre traitante avec prescription d'antidépresseur sérotoninergique. Il y a un diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) anamnestique.
>
> L'anamnèse retient qu'il y a eu des symptômes dépressifs majeur[s] (2005), par la suite la thymie de l'expertise a été fluctuante sur le versant dépressif sans événement significatif. Il y a une notion de symptomatologie dépressive intense qui aurait empêché totalement de poursuivre les activités sociales, familiales et ménagères et professionnelles sur une période d'un peu mois de 6 mois en 2005. Il n'y a plus eu de phénomène d'une telle intensité depuis. L'expertisée est actuellement euthymique.
>
> L'anamnèse retient que le suivi chez la Dre L._____ a toujours été continu (une consultation par semaine au début), parfois espacé (environ une consultation par mois). Les consultations sont actuellement à raison d'une à deux par mois.
>
> Depuis la prise en soin le traitement antidépresseur aurait été continu, Drug monitoré à plusieurs reprises, modifié en raison des traitements anticancéreux, l'expertisée est actuellement au bénéfice d'une prescription de Venlafaxine depuis 2 ans environ. Il y a eu un suivi psychologique centré sur la problématique de l'obésité durant un an environ (by-pass ; 2017). Il y a eu une prise en soin (stationnaire) à l'C._____ du 03.06.2022 au 24.06.2022. Il y a actuellement un suivi en thérapie de famille (TDAH des enfants).
>
> L'examen psychiatrique retient que l'expertisée est à l'heure, [...] L'évaluation est continue, l'expertisée garde le focus durant toute l'évaluation. [...] Le débit de parole ne montre pas de logorrhée ni de ralentissement. Elle n'est pas fatigable. L'humeur est anxieuse (intensité faible). L'expertisée est euthymique.

Le taux plasmatique de venlafaxine du 12.06.2024 est de 2.87 µmol/l, il est très en-dessus [de] la fourchette thérapeutique (0.36-1.44), il objective une bonne observance thérapeutique de cette médication.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec un diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). La thymie a été fluctuante sur le versant dépressif avec un épisode dépressif majeur. L'expertisée est euthymique de manière stable. La symptomatologie anxieuse est actuellement insuffisante pour retenir un autre diagnostic spécifique dans ce groupe de pathologie. Mais il y a eu (2005-2007) un diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Ceci correspond aux éléments obtenus lors de l'anamnèse et à l'examen clinique.

[…]
Sur le plan psychiatrique l'expertisée mentionne en plainte subjective la présence de dépression ((intensité forte) et d'anxiété (intensité moyenne), ce qui n'est que très partiellement objectivé lors de l'examen clinique (anxiété d'intensité faible, euthymie). Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. Il n'y a pas de dépendance aux substances. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres.

Les critères pour retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant font défauts (contexte somatique objectif complexe ; absence de fibromyalgie). Les signes de majoration de symptômes observés par tous les experts sont objectivés de manière bien quantifiée par les résultats de certains tests réalisés par l'expert neuropsychologue. Les comportements de majoration ne semblent pas ouvertement intentionnels, raison pour laquelle il n'est pas retenu de diagnostic spécifique à ce niveau.

L'anamnèse retient encore que l'expertisée se décrit comme empathique, serviable, ayant de la peine à mettre des limites, sur question elle précise que la psychothérapie lui a permis de mieux s'affirmer et de dire non de façon plus facile. L'expertisée mentionne de l'agressivité verbale comme par exemple lorsqu'elle doit faire face aux difficultés d'organisation et de rangement de ses deux garçons qui souffrent de TDAH. Il n'y a pas de notion d'agressivité physique. A l'âge de 15 ans l'expertisée relate un comportement auto-dommageable isolé (piqûre de l'avant-bras assez forte avec la pointe d'un compas). Il n'y a pas de notion de comportement hétéro-dommageable. L'expertisée n'aurait pas une très bonne estime de soi. Il n'y a pas de notion de débordements émotionnels. L'expertisée a une bonne perception de soi et des autres. La recherche de traits de personnalité pathologique organisée met en évidence une crainte de l'abandon, une peur de la séparation. L'expertisée explique par exemple qu'elle serait dans l'incapacité d'assumer seule les difficultés en lien avec les TDAH de ses enfants sans l'implication de son mari. Elle n'a pas de peine à prendre des décisions seule. Sur question elle explique par exemple qu'elle a informé son mari des traitements nécessaires pour le cancer du sein qu'elle a présenté, mais qu'elle a pris et assumé les décisions de traitements lourds pour son cancer du sein (p.ex. : chirurgie nécessitant une mutilation).

En termes de personnalité l'examen clinique est non contributif.

Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

Les jurisprudences du Tribunal fédéral par arrêt du 03.06.2015 (90 492/2014), du 30.11.2017 (80_84112016 et 80_130/2017) et du (11.07.2019 (TF9C_724/2018) concernant l'évaluation des affections psychosomatiques, psychiatriques et des problématiques d'abus de substances nous amène à prendre en considération les éléments suivants :

Il n'y a pas de diagnostics psychiatriques qui interfèrent avec la CT [capacité de travail].

Il n'y a pas de trouble psychosomatique, il y a des comportements de majoration, il n'y a pas de problématique d'abus de substance. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité. L'expertisée est pourvue de ressources (cf. paragraphe spécifique de l'expertise). Elle a des habilités, non limitées par une psychopathologie pour réaliser les activités quotidiennes (cf. paragraphe spécifique de l'expertise).

Il y a eu une IT [incapacité de travail] longue en 2005-2007 (durée inférieure à l'intervalle de couverture de 720 jours réalisé par l'assurance perte de gain). Il n'y a pas eu d'autre IT en lien avec une affection psychiatrique, il n'y a pas de diminution de rendement. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il y a des incohérences cliniques, l'expertisée mentionne en plainte subjective la présence de dépression ((intensité forte) et d'anxiété (intensité moyenne), ce qui n'est que partiellement objectivé lors de l'examen clinique (anxiété d'intensité faible, euthymie). Il y a des comportements de majoration. Il y a des incohérences avec les pièces du dossier. Au terme de notre évaluation nous ne pouvons adhérer aux évaluations de la psychiatre traitante (RM du 21.01.2019, du 08.09.2019, du 26.06.2020, du 18.08.2021). Ma collègue, pour ce qui concerne ses évaluations strictement psychiatriques (les appréciations somatiques qu'elle pose n'étant pas de la compétence de notre spécialité) qui sont seules prises en compte, appuie son résonnement sur la liste des plaintes subjectives de l'expertisée, ses textes sont dépourvus d'un status détaillé, elle ne décrit pas de manière précise les activités quotidiennes de sa patiente, il n'y a pas d'évaluation de ses ressources. Elle ne se questionne pas sur la cohérence de l'ensemble de la situation, elle ne liste pas de manière précise les limitations fonctionnelles qui validerai[en]t son propos. Notre évaluation est en bonne concordance avec l'expertise du Dr X._____ (01.04.2024 et 19.05.2021). La présente expertise pluridisciplinaire est complète (puisque incluant une évaluation neuropsychologique : objectivation de comportements de majoration par ailleurs mentionnés par l'ensemble des experts), elle permet de quantifier de manière très précise le retentissement fonctionnel des affections somatiques de l'expertisée (Dr H._____ ; Dr J._____). De ce fait, je n'ai pas de commentaire supplémentaire en ce qui concerne l'expertise du Dr W._____ (01.04.2024 et 19.05.2021). La présente évaluation est en cohérence avec l'évaluation de mes co-experts. »
[…]

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Il n'y a pas de diagnostics psychiatriques qui sont sources de LF [limitations fonctionnelles]. Il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

Traitement
Bien que n'ayant pas d'impact sur la CT, il y a une indication à la poursuite du traitement psychiatrique psychothérapeutique. Le traitement Venlafaxine est observé, la posologie pourrait même en être prudemment réduite au vu du résultat du Drug monitoring. Il y a une indication à une prescription sur le long terme d'une médication antidépressive pour prévenir la récurrence de la dépression. Il est utile de valoriser les capacités adaptatives de l'expertisée, cela a probablement déjà été fait. Il serait utile de confronter de manière emphatique l'expertisée au caractère subjectif de certaines de ses plaintes.
[…]

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Ressources

Ressources personnelles
L'expertisée est pourvue de ressources, elle est capable de communiquer, de respecter un cadre, elle peut s'adapter, elle manque un peu de flexibilité psychique, elle est capable de s'organiser, elle est rationnelle, elle est endurante psychiquement. Elle a des capacités relationnelles.

Au terme de notre exploration, l'expertisée n'a aucune limitation dans les 13 items d'activités et de participation répertoriés dans la mini CIF-APP. 1. Adaptation aux règles et routines. 2. Planification et structuration des tâches. 3. Flexibilité et adaptabilité. 4. Mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles. 5. Capacité à porter des jugements et à prendre des décisions. 6. Activités spontanées et proactivité. 7. Capacité d'endurance et de résistance. 8. Capacité d'affirmation de soi. 9. Capacité de contact et de conversation avec des tiers. 10. Capacité d'intégration dans un groupe. 11. Capacité aux relations privilégiées à deux. 12. Capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge. 13. Mobilité et capacité de déplacement.

Ressources externes
Elles sont constituées essentiellement par son mari, qui est décrit comme soutenant. »

Sur cette base, le Dr T._____ a retenu une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, au vu de l’absence de limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique.

bb) L’expertise psychiatrique a été complétée par un bilan réalisé par le neuropsychologue P._____, lequel n’as retenu aucun diagnostic ni aucune limitation fonctionnelle dans ce registre. Il a considéré en particulier ce qui suit (cf. rapport d’expertise du F._____ du 29 août 2024, volet de neuropsychologie, p. 30) :

> « Un examen neuropsychologique demandé par le médecin traitant de l'assurée en septembre 2021 a mis en évidence des troubles neuropsychologiques moyens selon la classification de l'Association suisse des neuropsychologues, constitués d'un ralentissement de la vitesse de traitement et de l'information, de sévères troubles de l'attention sélective auditive et visuelle (attention divisée en fait), de fluctuations de la mémoire immédiate verbale et visuospatiale et de difficultés à certaines fonctions exécutives (inhibition, programmation graphique).
>
> Notre propre examen ne retrouve pas de trouble exécutif, ni mnésique. Il y a certes un ralentissement dans des tâches d'attention et des éléments en faveur d'une inattention et d'un trouble de la vigilance dans un test informatisé d'attention soutenue, mais dans les tests les plus affectés par ce ralentissement, il y a des indicateurs d'une majoration des troubles. De plus, une tâche de validation de performance sur trois est échouée et un questionnaire de validation de symptômes est compatible avec une exagération des plaintes. En conséquence, nous ne pouvons pas considérer l'examen comme valide et ne pouvons ni poser de diagnostic neuropsychologique ni, conséquemment, définir de limitations de la capacité de travail.
>
> **6.2 <u>Évaluation de la cohérence et de la plausibilité</u>**
> L'examen ne peut pas être considéré comme valide en raison d'indices de majoration des plaintes et des troubles cognitifs. En d'autres termes, nous ne nous trouvons très probablement pas face à une problématique neuropsychologique. »

e) La recourante émet diverses critiques à l’encontre de l’appréciation des experts du F._____.

aa) A titre liminaire, on relèvera que la recourante ne peut être suivie lorsqu’elle affirme qu’il existe une incohérence entre les diagnostics retenus, les symptômes présentés, la médication prescrite et l’affirmation selon laquelle elle pourrait assumer son activité habituelle sans la moindre restriction. Chaque expert s’est en effet déterminé sur ces aspects en prenant soigneusement en compte l’ensemble des rapports médicaux ainsi que les plaintes de l’intéressée (cf. consid. 8c et 8d *supra*). Par ailleurs, ceux-ci ont, de manière collégiale, considéré qu’une baisse de rendement de 30 % se justifiait afin de tenir compte des atteintes de l’intéressée.

bb) Sur le plan de la médecine interne, la recourante relève que le rapport du 11 septembre 2015 de la Dre CM._____ avait été retranscrit incomplètement par les experts. Or il s'agit d'un rapport qui a été rendu dans le cadre de la première demande de prestations, alors qu'il était admis que la recourante présentait une incapacité de travail totale. Le fait que ledit rapport n'ait donc pas été entièrement retranscrit par les experts du F._____ est sans incidence.

Quant au fait que les experts ont indiqué, de manière erronée, une capacité de travail entière dès le 1er janvier 2019, alors que la Dre Q._____ faisait état, dans son rapport du 4 octobre 2019, d'une incapacité de travail totale dès cette date, constitue une erreur manifeste – retranscrite comme « incapacité de travail » au lieu de « capacité de travail » de 0 % –, et ne peut en aucun cas être considérée comme un « parti pris des plus malsains » comme le plaide la recourante.

Pour le surplus, les griefs de la recourante en lien avec l'expertise médicale mise en œuvre en 2016 auprès du Dr G._____ n'ont pas à être examinés ici, dans la mesure où la recourante n'a pas contesté la décision de rente limitée dans le temps du 27 juin 2017, laquelle est entrée en force. On rappellera par ailleurs que le fait que des médecins travaillent pour des centres d'expertise ou pour des assurances ne permet pas de retenir sans autre motif une prévention ou un manque d'objectivité de leur part.

En l'absence d'éléments probants permettant de douter des conclusions de l'expert en médecine interne, il s'agit donc de se rallier à son évaluation, étant souligné que la recourante ne s'est prévalue d'aucune pièce médicale nouvelle à cet égard au stade de la présente procédure.

cc) Sur le plan rhumatologique, la recourante se prévaut essentiellement de l'avis du Dr V._____, lequel considère que les syndromes d'hypermobilité articulaire, ainsi que du défilé thoracique neurogène, entraînent une fatigabilité accrue, des troubles de l'attention/de la concentration, accentués par les douleurs chroniques d'intensité fluctuante, si bien que la capacité de travail de la recourante serait de 50 %

au maximum en tenant compte des restrictions impliquant les mouvements répétitifs des membres supérieurs, l'activité au-dessus du niveau des épaules, le ports de charges au-delà de 2-3 kg occasionnellement, les activités à bout de bras ainsi que le maintien de positions statiques ou en porte-à-faux de la nuque (cf. rapport du 26 novembre 2021). En l'occurrence, comme observé par le SMR dans son avis médical du 24 juin 2025, l'expert rhumatologue, lequel a dûment pris en considération l'avis du médecin susnommé, retient lui aussi un trouble du spectre de l'hypermobilité. Il motive de manière convaincante pourquoi il ne lui accorde pas le même retentissement que le Dr V._____ en termes de limitations fonctionnelles et d'impact sur la capacité de travail. Le Dr J._____ ne retient en revanche pas le syndrome du défilé thoraço-brachial, à l'instar des autres avis spécialisés présents au dossier. On relèvera également que les limitations fonctionnelles définies par les experts somaticiens sont largement superposables à celles définies par le Dr V._____. Pour le reste, il sied de constater que l'avis du Dr V._____ du 2 mai 2025, produit en procédure de recours, n'apporte pas d'élément nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte par les experts du F._____.

Par conséquent, l'avis du Dr J._____, lequel n'est pas sérieusement mis en doute, doit être suivi.

dd) aaa) Sur le plan psychiatrique, la recourante déplore que le Dr T._____ n'ait pas précisé si le trouble dépressif était en rémission totale ou partielle, et conteste la date de rémission retenue par l'expert, à savoir la date de sortie de la C._____. En l'occurrence, l'expert psychiatre a bien expliqué les raisons le conduisant à retenir que l'épisode dépressif était en rémission. Il a également exposé, au sujet de la date de celle-ci, que l'intéressée avait rapporté un effet bénéfique de son séjour à la C._____, notamment par la disparition des soucis et de la gestion du quotidien, en particulier l'organisation du quotidien, de la scolarité et des soins de ses deux garçons souffrant de TDAH (cf. rapport d'expertise du F._____ du 29 août 2024, volet psychiatrique, p. 20). Quoiqu'il en soit, le Dr T._____ a également noté que la capacité de travail du point de vue psychiatrique avait toujours été entière, du moins depuis un épisode dépressif en 2007

(cf. ibidem, p. 34). L’expert a également explicité, dans son complément communiqué le 6 novembre 2024, que cette date n’avait que peu d’importance, pour ce même motif, puisqu'elle n'était pas déterminante pour apprécier la capacité de travail, qui avait toujours été de 100 %, sans baisse de rendement. On observera encore que le Dr T._____ a bien tenu compte du traitement de Venlafaxine de la recourante et que l’on ne peut pas déduire d’une seule prescription la gravité d’une atteinte psychiatrique, respectivement ses répercussions sur la capacité de travail.

Pour le reste, on peine à suivre l’argumentation de la recourante relative au fait que le Dr T._____ aurait prétendu de manière contraire à la réalité que la Dre L._____ se serait ralliée à son appréciation des diagnostics et des difficultés rencontrées par l’assurée. On ne distingue en particulier pas de parti pris dans l’appréciation du Dr T._____. L’attention de l’expert psychiatre a au demeurant été spécialement attirée par le SMR, dans son avis du 21 juin 2023, sur les discordances importantes entre les évaluations psychiatriques. L’expert savait dès lors que son évaluation devrait porter en particulier sur cet aspect. Quoi qu’il en soit, il demeure que le Dr T._____ a bien pris connaissance des observations de la Dre L._____, qu’il a par ailleurs contactée au stade du complément d’expertise. L’expert explique de manière convaincante les raisons qui le conduisent à s’écarter de l’avis de la psychiatre traitante, en particulier en raison du fait que celle-ci appuie son raisonnement sur la liste des plaintes subjectives de sa patiente, incluant des facteurs d’ordre psychosocial, tandis que ses rapports sont dépourvus d'un status détaillé, qui ne décrit pas de manière précise les activités quotidiennes de sa patiente, ni ne procède à l'évaluation de ses ressources. L’expert psychiatre prend également en compte une certaine discrépance entre les plaintes subjectives – majorées par l’intéressée – et les constatations objectives. Comme le mentionne le SMR dans son avis médical du 24 juin 2025, le rapport de la Dre L._____ du 8 avril 2025 produit en procédure de recours n’apporte pas d’élément médical objectif nouveau qui n’aurait pas été pris en compte jusqu’ici, celui-ci se limitant à confirmer la position de la psychiatre traitante, déjà dûment discuté. Il convient également de rappeler ici que la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient les

médecins traitants à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique et doivent être pris en compte avec précaution (cf. consid. 7e *supra*).

Il résulte de ce qui précède que l'appréciation du Dr T._____, qui n'est pas sérieusement mise en doute, doit être confirmée.

bbb) Pour le surplus, la recourante a fait l'objet d'une évaluation par le neuropsychologue P._____, lequel a motivé de façon convaincante les raisons pour lesquelles il ne pouvait être retenu aucun diagnostic dans ce registre. Il a dûment discuté et expliqué les motifs qui le conduisaient à écarter la précédente évaluation, réalisée par la neuropsychologue M._____, dont la recourante ne saurait dès lors se prévaloir.

Enfin, on peine à discerner ce que la recourante entend tirer du fait que le neuropsychologue P._____ occupe une fonction d'administrateur auprès du centre d'expertises F._____, respectivement en quoi cela affecterait son indépendance.

ee) La recourante semble ensuite contester l'adéquation de l'activité habituelle d'agente de *call center* aux limitations fonctionnelles retenues, à savoir : fatigue, éviter les mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas d'activités les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules, alternance des positions assise/debout, éviter le port répétitif de charges de plus de 5 kg ou le port ponctuel de charges de plus de 10 kg. Il sied toutefois de constater que cette activité est bien adaptée à l'état de santé de l'intéressée, tel qu'objectivé par les experts, la baisse de rendement de 30% étant motivée par une fatigue justifiant des pauses régulières durant la journée de travail, laquelle n'est pas liée à une atteinte psychiatrique, ni neuropsychologique. On soulignera en particulier que, lors de l'expertise en médecine interne, alors interrogée sur les exigences de son poste d'agente de *call center*, la recourante avait confirmé au Dr H._____ que son activité en *call center* se faisait exclusivement en position assise, derrière un ordinateur, et qu'il n'y avait strictement aucune pénibilité physique. L'assurée avait indiqué que les exigences physiques

(telles que consignées par son employeur dans son rapport du 18 décembre 2018) correspondaient peut-être à celles au moment où elle travaillait dans un D._____ Shop, en relevant par ailleurs qu'elle avait pu les assumer alors qu'elle pesait davantage qu'au jour de l'expertise.

f) Au vu de ce qui précède, rien n'incite à douter des conclusions du rapport d'expertise communiqué par le F._____ le 29 aout 2024, respectivement de ses compléments des 6 novembre 2024 et 8 janvier 2025, auxquels il convient de reconnaître une pleine valeur probante.

Par conséquent, les conclusions de l'intimé, aux termes desquelles il retient que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail compte tenu d'une baisse de rendement de 30 % dans son activité habituelle d'agente de *call center* ainsi que dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent être confirmées.

9. **a)** S'agissant de son statut, la recourante soutient qu'elle aurait travaillé à 80 % dès l'entrée à l'école de son deuxième enfant, né en ***, soit dès août 2018.

Elle estime par ailleurs que c'est un taux d'empêchement ménager de 30,85 % qui aurait dû être retenu.

b) Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il travaillerait à un taux de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il ne serait pas actif professionnellement. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il occuperait un poste à un taux d'occupation de moins de 100 % (art. 24septies RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références ; TF 9C_235/2024 du 30 juillet 2024 consid. 5.2 et les références citées).

c) En l'espèce, le statut revendiqué par la recourante est le même que celui retenu par l'intimé, à savoir active à 80 % et ménagère à 20 %. Il n'y a donc pas lieu de s'en écarter.

Par ailleurs, le rapport d'enquête ménagère du 10 mars 2023 ne prête pas le flanc à la critique et les pondérations retenues par l'enquêtrice, aboutissant à un taux d'empêchement ménager de 26,77 %, doivent être confirmées. A cet égard, la recourante n'apporte aucun élément objectif qui inciterait à s'en écarter. On relèvera au surplus que, même dans l'éventualité où des empêchements ménagers de 30,85 % étaient retenus sur la part ménagère de 20 % comme demandé par la recourante, cela se traduirait par un taux d'invalidité global de 30,17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

10. La recourante s'en prend ensuite au calcul des salaires déterminant le droit à la rente.

Au titre de revenu sans invalidité, elle estime ainsi que c'est un montant de 84'042 fr. 50 qui devrait être retenu pour l'année 2018.

Toutefois, la recourante perd de vue que son activité habituelle d'agente de *call center* a été considérée comme adaptée (cf. consid. 8, spéc. 8e/ee *supra*). Le taux d'invalidité se confond donc avec celui de l'incapacité de travail, soit en l'occurrence une diminution de rendement de 30 % d'une pleine capacité de travail. Il n'y a par conséquent pas lieu de procéder à une comparaison des revenus pour déterminer le taux d'invalidité et, partant, la question de la détermination du revenu sans invalidité est ici sans importance.

11. Les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire, requise par la recourante à titre subsidiaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

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

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 mars 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge d'A._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

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

- Me David Métille, pour A._____,
- 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).

Le greffier :