

VD_FINDINFO AI 187/17 - 318/2018 vom 6. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_187_17_-_318_2018

FR: VD_FINDINFO AI 187/17 - 318/2018 du 6 novembre 2018

IT: VD_FINDINFO AI 187/17 - 318/2018 del 6 novembre 2018

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE GAIN, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, EXPERTISE PRÉSENTÉE PAR UNE PARTIE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 6

Réponses au questionnaire I. Contexte social [...] 2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assurée Elle travaille actuellement à 60 %. Elle est active. Il n'y a pas de limitations de la vie quotidienne. 3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage Il n'est pas retrouvé de limitations dans les loisirs ou la tenue du ménage. Elle dispose d'une adaptation du poste de travail par des mesures ergonomiques qui sont appropriées et dont elle est satisfaite. 4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels Il n'y a aucune difficulté identifiée. 5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie) A. _____ dispose d'importantes ressources. Elle peut compter sur l'aide de ses proches. Elle déclare une vie sociale riche et soutenante. Elle n'a aucune difficulté de communication. Elle bénéficie d'un soutien régulier de la Dresse E. _____, médecin traitant. II. Atteinte à la santé 1. Manifestation et gravité des constats objectifs Les plaintes sont liées à une forme de mauvaise discrimination lors de la défécation entraînant une urgence défécatoire habituellement postprandiale à raison d'une fois le matin. Pour le reste de la journée, elle n'est pas gênée et ne se plaint pas d'incontinence 2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé L'état général est préservé. Le poids est stable et l'examen clinique rassurant. 3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques, âge, niveau de formation ou facteur socioculturels) Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : - Avec du matériel approprié, il n'y a pas de limitation de la durée de la position assise. - Les urgences défécatoires nécessitent un accès facilité aux toilettes. - Elle peut manifester épisodiquement un coup de barre sous la forme d'une asthénie résiduelle. 4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur L'assurée est collaborante, non majorante et non démonstrative. [...]

E. 7

Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution A. _____ est relativement anxieuse, sans notion de trouble panique. Elle a été sérieusement ébranlée par sa maladie survenant de surcroît dans le contexte du décès de son père et de difficultés familiales. L'évolution favorable à plus de deux ans après la fin de la radio-chimiothérapie avec rémission actuelle la reconforte et lui permet de mieux se projeter dans l'avenir.

E. 8

Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont elle dispose Elle est en excellent état général. L'absence de problématique psychosociale significative, l'absence de complication importante liée à sa radio-chimiothérapie ainsi que les activités déployées laissent sous-entendre des ressources préservées. III. Diagnostics 1. Diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail : - Carcinome épidermoïde peu différencié du canal anal classé T4 N2 MO (août 2014) (C21.1). - Status après radio-chimiothérapie de Mitomycine-Capécitabine du 26.08.2014 au 24.10.2014. - En rémission depuis lors. 2. Diagnostic n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail : Aucun. [...] IV. Traitement et réadaptation 1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ? Compte tenu du traitement de radio-chimiothérapie, une surveillance oncologique stricte est nécessaire. A. _____ est au bénéfice d'un contrôle mensuel par la Dresse E. _____, un contrôle semestriel chez le Dr M. _____ ainsi que semestriel chez le Dr K. _____, radio-oncologue. Le dépistage précoce d'une rechute est essentiel (actuellement, tous les 6 mois pendant 5 ans). Il n'y a actuellement aucune prescription médicamenteuse. 2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées La coopération a, semble-t-il, été optimale. 3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assurée Il n'y a pas d'option thérapeutique ouverte. 4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès La réadaptation visait une reprise d'activité professionnelle complète ou sub-complète. Une reprise à plus de 60 % n'a pas pu être atteinte et n'est pas expliquée par des raisons somatiques. 5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assurée ? Sur le plan somatique : Non. Sur le plan psychologique : Il n'y a pas non plus de diagnostic annoncé invalidant. [...] 7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation Actuellement, des mesures de réadaptation ne paraissent pas nécessaires. En revanche, une augmentation de la capacité de travail est théoriquement possible à plein temps avec peut-être une diminution de rendement de 10 %. V. Cohérence 1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée Il n'est pas noté de divergence et l'analyse du dossier ne montre pas d'incohérence. En revanche, nous sommes surpris de constater que l'atteinte à la santé ne semble pas uniforme ou homogène et qui se concrétise par une absence de reprise professionnelle complète alors que dans les autres domaines, la récupération a été satisfaisante, sans limitation des activités de la vie quotidienne ou de loisirs. 2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) Les activités sociales, de loisirs ainsi que du ménage sont préservées alors que l'incapacité de travail est annoncée actuellement à 40 %, ce qui n'est pas cohérent. 3. Comparaison

détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé. L'affection oncologique a nécessité un traitement lourd mais avec une bonne récupération. Bien entendu, il persiste des troubles défécatoires radio-induits qui finalement peuvent être gérés par des mesures diététiques. Les urgences défécatoires vont persister compte tenu des séquelles tissulaires post-actiniques. L'évolution ne nécessite toutefois pas de considérer l'hypothèse chirurgicale (amputation abdomino-périnéale avec colostomie). En effet, il n'y a pas d'incontinence anale totale chez cette assurée en rémission. Elle peut donc mener des activités de loisirs, reprendre des voyages où elle marche 8 jours consécutivement. 4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques La prise en charge actuelle consiste en une surveillance oncologique rapprochée. 5. Analyse permettant de savoir si l'assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie Il n'y a pas d'inaptitude à suivre un traitement.

VI. Capacité de travail 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Dans l'activité de [secrétaire] et d'employée de commerce, la capacité de travail est complète. Rétrospectivement, la capacité de travail était d'au moins 80 % dès le 01.04.2016 et de 100 % dès le 01.06.2016. Il est toutefois possible d'admettre une diminution de rendement d'au maximum 10 % pour tenir compte d'une asthénie intermittente résiduelle (coup de barre de temps à autre). 2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée La capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 %. Dans une activité à 90 %, il n'y a pas de perte de rendement. » Dans un rapport du 13 décembre 2016, le Dr I. _____, médecin au SMR, a indiqué qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter du rapport du 15 janvier 2017 du Dr C. _____. Il a retenu comme atteinte principale à la santé un carcinome épidermoïde peu différencié du canal anal classé T4 N2 M0 et comme pathologie associée du ressort de l'AI le status après radiochimiothérapie du 26 août 2014 au 24 octobre 2014. Suivant l'expert, le Dr I. _____ a considéré que l'activité habituelle était exigible à 90 % (soit 100 % avec perte de rendement de 10 %), tout comme une autre activité adaptée, moyennant le respect des limitations fonctionnelles décrites par le Dr C. _____. Par projet de décision du 28 février 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué qu'elle présentait une capacité de travail totale dans l'activité habituelle, admettant du fait des limitations fonctionnelles une baisse de rendement de 10 %, correspondant à un degré d'invalidité de 10 %. Ce taux était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Le 5 janvier 2017, A. _____, assistée de Me [...], a contesté le projet de décision précité, faisant valoir que depuis son passage à 60 % dès le 14 mars 2016, elle n'avait pas pu augmenter son temps de travail. Elle a contesté le rapport d'expertise du 15 janvier 2017 du Dr C. _____, relevant que celui-ci n'était ni spécialiste de l'appareil digestif ni proctologue, ce qu'elle avait déjà contesté avec la Dresse E. _____ avant la mise en œuvre de l'expertise administrative. Pour elle, l'expert n'était pas compétent pour rendre des conclusions concernant un cas d'oncologie. Elle a soutenu que l'expert avait minimisé la fatigabilité et les séquelles de la maladie et s'était notablement écarté des avis des spécialistes consultés. A l'appui de sa contestation, elle a notamment produit : - Un rapport de la Dresse H. _____ et du Dr K. _____ du 31 mars 2017, relatant le traitement suivi, expliquant que les effets secondaires décrits par l'assurée étaient bien connus en littérature, posant un pronostic réservé (IIIB) en l'absence d'une actuelle récurrence locale ou distante et concluant à une capacité de travail maximale de 60 % vu les considérations physiologiques et psychologiques susmentionnées, soit surtout l'impossibilité pour l'intéressée de rester assise de façon prolongée, ainsi que la gêne liée à l'altération du transit intestinal sous la forme d'urgences

et d'incontinences fécales. - Un rapport de G. _____, psychothérapeute, du 27 mars 2017 attestant d'une prise en charge en avril 2016 pour un syndrome de stress post-traumatique (DSM IV 309.81). - Un rapport de [...], physiothérapeute, du 28 novembre 2016 attestant du suivi mis en place, d'une gêne importante et d'un traitement au long cours pour soutenir l'assurée dans les suites de sa maladie afin d'éviter des complications. Par décision du 8 mai 2017, l'OAI a confirmé son refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et qu'une expertise oncologique n'était pas nécessaire.

B. Par acte du 9 juin 2017, A. _____, désormais représentée par Me Eve Dolon, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit effectuée par un spécialiste et à l'octroi de prestations de l'assurance invalidité. Elle a requis son audition et celle de la Dresse E. _____. Elle a soutenu qu'à la suite des objections formulées quant au rapport du Dr C. _____, l'OAI avait méconnu les règles applicables en matière d'expertise médicale, refusant de confier un nouveau mandat à un médecin spécialiste. Pour elle, le rapport d'expertise rendu dans le cadre de la procédure administrative ne jouissait pas d'une valeur probante du fait que l'expert, médecin généraliste, n'était pas apte à rendre des conclusions sur un cas oncologique, qu'il avait refusé de consulter certaines pièces médicales, qu'il avait prêté à l'assurée des déclarations qu'elle n'avait pas faites et qu'il avait tenu des propos inadéquats. De l'avis de l'intéressée, le rapport comportait de nombreuses erreurs factuelles importantes concernant les urgences fécales, leur intensité, leur régularité, les effets de la position stationnaire prolongée adoptée au travail et le stress qui y est associé. Elle soutient aussi que le rapport était erroné quant à ses pratiques sportives et ménagères. Pour elle, la méconnaissance des problématiques séquellaires d'origine oncologique reflétait la non-spécialisation de l'expert. Par courrier du 25 juillet 2017, l'assurée a produit une expertise privée du Dr D. _____, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie, ainsi qu'en médecine nucléaire, du 28 juin 2017, qui considérait que les symptômes somatiques développés dans les suites de la radio-chimiothérapie (faux besoins, exonérations impérieuses, déficit de sensibilité lors du passage incontrôlé de selles, fuites rectales, et douleurs ano-périnéales à la position assise prolongée) avaient entraîné un stress post-traumatique en rapport avec le traitement et ses séquelles. De l'avis du Dr D. _____, en dépit de la volonté initiale de l'assurée d'occuper à nouveau son poste à plein temps après son traitement oncologique, tant les aspects somatiques que les conséquences psychologiques du décours post-thérapeutique étaient incompatibles avec une augmentation de temps de travail au-delà de 60 %, un risque important de grave décompensation tant sur le plan somatique qu'au niveau psychologique demeurant. Selon ce spécialiste, la probabilité d'une éventuelle amélioration des symptômes manifestés par l'assurée n'était pas suffisamment élevée pour qu'une réduction de l'incapacité de 40 % soit applicable dans le futur. Dans sa réponse du 27 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision entreprise. Il a notamment défendu le choix de l'expert C. _____ au motif que le but de l'expertise n'était pas de déterminer si l'approche thérapeutique avait été adéquate, ce qui relevait en effet d'un oncologue, mais qu'il s'agissait avant tout, dans un contexte clinique stabilisé, d'évaluer l'état général actuel ainsi que les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail. S'agissant des critiques de l'assurée sur le rapport, l'OAI a déclaré en prendre note, relevant qu'il ne lui appartenait pas de se déterminer à ce sujet. Concernant la capacité de travail, il a fait valoir que l'avis de la Dresse E. _____ constituait une

appréciation différente de la même situation. L'OAI a en outre produit un avis du 8 août 2017 du SMR établi par le Dr I. _____ par lequel ce service écarte les conclusions du Dr D. _____, notamment en raison de contradictions et de faiblesses dans la description des ressources. Par réplique du 25 août 2017, la recourante a réitéré ses griefs sur le choix de l'expert et requis l'audition du Dr D. _____. 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) On observe que le transfert du dossier de l'U. _____ à l'OAI, au demeurant non contesté, est conforme au droit, la recourante étant employée de l' [...], de sorte que sa sphère privée devait être préservée (art. 36 LPGA). c) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 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 à la suite de l'annonce du cas le 1 er juin 2015 par l'employeur à l'intimée à fin de détection précoce, singulièrement sur l'estimation de sa capacité de travail. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de

la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée). Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 5. Devant la Cour de céans comme dans le cadre de la procédure administrative, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr C._____ au motif qu'il n'est ni oncologue ni proctologue, qu'il aurait refusé d'examiner certaines pièces médicales, qu'il aurait commis des erreurs dans l'anamnèse, en prêtant à l'intéressée des déclarations qu'elle n'aurait pas faites, et qu'il aurait eu certains propos inadéquats. a) Lorsqu'un assuré, après le déroulement d'une expertise, soulève des critiques précises sur le déroulement de l'expertise, il appartient en principe à l'OAI d'interpeller l'expert à ce propos avant de rendre sa décision. En l'espèce, si l'expert a effectivement tenu des propos relatifs au décès de l'un de ses amis ensuite d'un cancer du côlon et au fait qu'« il faut bien mourir un jour » à une assurée elle-même en rémission d'un cancer, ces derniers étaient clairement déplacés et il appartenait à l'intimé d'y rendre l'expert attentif, l'autorité ne pouvant se contenter d'en prendre note au stade du recours. Plusieurs critiques d'ordre factuel, relatives aux activités de l'assurée et à l'heure à laquelle elle va se coucher, auraient également pu être clarifiées. b) Ces éléments ne suffisent toutefois à pas nier la valeur probante de l'expertise dans le cas d'espèce. En qualité de spécialiste en médecine interne, le Dr C._____ était à même d'évaluer la capacité résiduelle de travail de la recourante dans la mesure où les

séquelles somatiques de la maladie ont été définies par les médecins du Service de radio-oncologie des Hôpitaux F. _____, ainsi que par la Dresse E. _____, et ne sont remises en question ni par l'expert ni par l'intimé ou son SMR. En ce qui concerne, enfin, le refus d'examiner certains documents médicaux, il ne permet pas davantage de nier la valeur probante de l'expertise, quand bien même l'expert aurait pu y mettre davantage de formes, dans la mesure où ces pièces n'étaient manifestement pas nécessaires à évaluer sa capacité de travail résiduelle. En effet, l'expert n'a pas nié l'importance de l'atteinte à la santé qui avait été traitée ni les séquelles somatiques qu'elle a laissées, et que les documents en question permettaient de constater selon la recourante. Il a exposé l'historique médical, la situation actuelle compte tenu des plaintes exprimées par la recourante et les limitations fonctionnelles (rapport d'expertise, pp. 14-16). Il a en revanche nié que ces séquelles puissent entraîner une incapacité de travail supérieure à 10 % dans sa profession habituelle (rapport d'expertise, p. 22). c) Pour statuer sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, l'expert a tenu compte de la gêne occasionnée par ses séquelles, en particulier de la persistance d'une fragilité de la muqueuse recto-anale et de la nécessité d'utiliser un siège adapté et un coussin, ainsi que d'avoir des toilettes à proximité (rapport d'expertise, pp. 16 et 18). Le Dr C. _____ n'a pas ignoré le traitement physiothérapeutique (rapport d'expertise, p. 11). Il a toutefois relativisé, à juste titre, l'influence de ces séquelles sur la capacité de travail pour autant que ces conditions soient remplies (rapport d'expertise, pp. 15-16). Ni la recourante, ni ses médecins traitants, ni l'expert privé qu'elle a mandaté n'exposent en quoi l'appréciation de l'expert sur ce point serait erronée. Comme l'observe l'intimé dans sa réponse et dans la décision litigieuse, les avis du Dr D. _____ du 28 juin 2017, de la Dresse H. _____ et du Dr K. _____ du 31 mars 2017, de même que l'avis de la Dresse E. _____ du 29 août 2016 constituent une appréciation différente de la même situation. On observe dans ce contexte que la recourante peut travailler actuellement huit heures les mardi et jeudi, de sorte que le maintien de la position assise sur cette durée n'est pas un obstacle à l'augmentation de son taux d'activité (rapport d'expertise, p. 9). Le Dr C. _____ a ensuite tenté d'évaluer si la recourante présentait une asthénie ou d'autres séquelles qui justifieraient une incapacité de travail. Il a interpellé la recourante sur ce point, mais celle-ci est restée vague, évoquant une intolérance au stress, également mentionnée par son oncologue traitant (rapport d'expertise, pp. 15 et 21). C'est toutefois insuffisant pour constater une incapacité de travail de l'ordre de 40 %, alors que le Dr C. _____ a mis en évidence, à juste titre, que la recourante fonctionne relativement normalement dans ses activités non professionnelles, relevant les incohérences entre les plaintes de l'intéressée et l'anamnèse (rapport d'expertise, pp. 15 et 21). En dépit d'éventuelles imprécisions de l'expert sur ce point, force est en effet de constater que si la recourante a dû renoncer au vélo et réduire ses activités sportives, elle fait encore régulièrement du sport (fitness, piscine, marche) et peut tenir son ménage sans problème particulier. L'asthénie reste modérée. De son côté, le Dr D. _____ parle d'asthénie marquée « le soir. » Cette problématique n'est pas mentionnée ni par la Dresse E. _____, ni par ses confrères du Service de radio-oncologie des Hôpitaux F. _____ dans les différents rapports figurant au dossier, de sorte qu'elle n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. Dans ces circonstances, ni l'expertise du Dr D. _____ ni le rapport du 27 mars 2017 établi par la psychologue G. _____ ne permettent de mettre sérieusement en doute les constatations du Dr C. _____. Dans son rapport du 28 juin 2017, le Dr D. _____ reste lui aussi assez vague sur les motifs exacts de l'incapacité de travail qu'il atteste, et qui ne paraît pas justifiée par les limitations fonctionnelles qu'il décrit, en se bornant pour

l'essentiel à évoquer « un risque important de grave décompensation tant sur le plan somatique qu'au niveau psychologique ». Le constat d'une incapacité de travail de 40 % est également en contradiction avec la mention d'indices d'un fonctionnement tout à fait normal de l'instante (OMS : 0 ; Karnofsky : 100), ce que relève également le Dr I. _____ dans son avis SMR du 8 août 2017. Sur le plan psychique, la psychologue G. _____ atteste que, lors de sa prise en charge en avril 2016, la recourante souffrait d'un syndrome de stress post-traumatique. Ce diagnostic n'a toutefois été posé par aucun médecin et n'est pas documenté ni justifié sur le plan de l'anamnèse, de sorte qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, la psychologue-traitante reste vague sur les limitations fonctionnelles qui en découleraient, se limitant à mentionner que l'état de santé est désormais stabilisé, mais que toute rechute ou traitement d'une récurrence du cancer du canal anal pourrait raviver les symptômes de l'état de stress post-traumatique. C'est manifestement insuffisant pour constater une incapacité de travail notable. Enfin, G. _____ ne précise pas les dates exactes ni la fréquence des consultations de la recourante. On apprend à la lecture de l'expertise D. _____ qu'elle a bénéficié d'un « support psychologique » en 2015, puis entre juillet et octobre 2016, sans avoir consulté de psychiatre ni été traitée par psychotrope, ce qui ne corrobore pas les allégations relatives à une incapacité de travail en raison d'une atteinte à la santé psychique. c) Pour ces motifs la conclusion du Dr C. _____ arrêtant la baisse de rendement à 10 % dans l'activité habituelle emporte la conviction de l'autorité de céans, de sorte que l'intimé était fondé à retenir que la recourante présentait un degré d'invalidité de 10 %, insuffisant pour justifier une rente de l'assurance-invalidité (art. 28 LAI). 6. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_550/2017 du 12 janvier 2018 consid. 4) b) En l'occurrence, le dossier permet à la Cour de statuer en toute connaissance de cause, de sorte qu'il n'y a pas lieu de procéder aux auditions de la recourante, de la Dresse E. _____ et du Dr D. _____, ni de mettre en œuvre une expertise, telles que requises par l'intéressée. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure est onéreuse et la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).