

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Neu et Mme Röthenbacher
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

D. _____, à Lausanne, recourante, représentée par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 7,8 et 16 LPGA; 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: la recourante), née en 1951, arrivée en Suisse depuis la France à l'âge de 20 ans, a travaillé avec son mari, qui est serrurier indépendant depuis octobre 1983 (téléphone, facture, devis, comptes).

Le 28 avril 2004, elle a déposé une demande de rente AI, indiquant pour atteinte à la santé: une scoliose congénitale et des douleurs musculaires (*polymyalgia rheumatica* ou pseudopolyarthrite rhizomélique). Il ressort des pièces versées au dossier que, depuis 1998, la recourante a cotisé à l'AVS en tant que personne sans activité lucrative.

a) aa) Dans un rapport du 6 août 2004, le Dr J. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en hémato-oncologie, a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail: un cancer du sein gauche, traité le 4 mars 2003; une polymyalgie depuis 1999; un état anxio-dépressif réactionnel à la maladie cancéreuse et à la situation socio-familiale.

Le Dr J. _____ a précisé que la recourante venait de terminer un traitement oncologique, relativement lourd il y a encore 6 mois, et qu'elle présentait encore une asthénie post-radio-chimiothérapie. De manière générale, l'état de santé de la recourante était stationnaire. Du point de vue oncologique, la maladie semblait sous contrôle; il n'y avait aucun signe clinique ou biologique de rechute. Selon lui, la polymyalgie était relativement bien contrôlée par la cortisone, mais une limitation de l'utilisation du membre supérieur gauche (prophylaxie du lymphoedème) était à envisager, de sorte que les travaux lourds engageant ce membre étaient à proscrire. En l'absence d'éventuelles complications cardiaques, on pouvait, selon le Dr J. _____, s'attendre à une bonne récupération du rendement dans le cadre d'une activité de bureau ou de travaux manuels légers.

bb) Le Dr Z._____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne, a posé, dans un rapport du 25 août 2004, les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail:

"Pseudo-polyarthrite rhizomélique

Lombalgies sur troubles statiques, discopathie L4-L5 et anomalie congénitale en L5

Status après op. cancer sein et chimiothérapie".

Selon le Dr Z._____, l'état de santé de la recourante était stationnaire et la recourante était en bonne voie de guérison. Le Dr Z._____ a estimé que l'activité habituelle exercée par la recourante était encore exigible, mais avec une diminution de rendement de 50%. Il a en outre considéré qu'aucune autre activité ne pouvait être exigée de la recourante.

b) Selon une enquête économique sur le ménage du 13 décembre 2004, la recourante souffrait de polymyalgies et d'une scoliose et devait éviter les travaux lourds, afin de prévenir un lymphoedème.

Le 15 mars 2004, l'Agence communale d'assurances sociales a enjoint la recourante à travailler à plein temps sous peine de suspension des prestations complémentaires. La recourante a déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle aurait, en l'absence de qualifications professionnelles, travaillé comme femme de ménage à plein temps.

Hormis une interruption durant toute l'année 2003, la recourante a continué d'aider son mari dans des tâches administratives (activité adaptée), y consacrant environ une heure par jour. La diminution de son temps d'activité quotidienne n'était pas due à son état de santé, mais à la baisse du volume des affaires de son mari.

c) aa) Dans un rapport du 8 avril 2005, le Dr J._____ a posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

"Asthénie post-radio-chimiothérapie intensifiée pour un cancer du sein G avec une métastase ganglionnaire traitée par tumorectomie et curage axillaire le 04.03.03 suivi d'une chimiothérapie du 25.03.04 au 06.08.03 et une radiothérapie post-opératoire sur la glande mammaire G du 07.10.03 au 21.11.03.

Polymyalgie connue depuis 1999, évolution fluctuante traitée par des doses de Prednisone (< 5 mg / jour).

Etat anxio-dépressif réactionnel à la maladie cancéreuse et en partie à la situation socio-familiale, traité par Seropram mg / jour."

Selon le Dr J._____, l'état de santé de la recourante s'améliorait; d'une capacité de travail nulle du 4 mars 2003 au 31 décembre 2004, la recourante était passé à une capacité résiduelle de 50% à partir du 1^{er} janvier 2005 - capacité qu'il convient de réévaluer le 1^{er} janvier 2006. Le Dr J._____ a considéré qu'une amélioration de l'état de santé permettant une récupération de sa capacité de travail, dans son activité habituelle, au-delà de 70% n'était guère envisageable.

bb) Dans un rapport du 18 mai 2005, le Dr Z._____ a attesté que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'il n'avait dès lors pas évolué. L'amélioration qu'il avait anticipée dans son précédent rapport n'avait pas eu lieu (rapport du 25 août 2004; cf. lettre A.c supra). Dans ces circonstances, ses remarques concernant les capacités professionnelles de la recourante étaient demeurées inchangées depuis son précédent rapport. Dès lors, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle demeurait à 50% en raison de la pseudo-polyarthrite rhizomélique et de douleurs au dos (trois heures par jour) et aucune autre activité que celle-ci ne pouvait lui être exigée.

d) aa) Il ressortait d'un avis médical SMR du 20 juillet 2005, établi par le Dr B._____, que la recourante était une assurée suisse de 54 ans, mariée, sans formation professionnelle (2^o propédeutique en biologie en 1973), qui aidait son mari à la comptabilité et au secrétariat de l'entreprise de serrurerie de celui-ci. Elle a présenté un cancer du sein gauche d'emblée métastatique (ganglion axillaire) qui a été opéré. Puis, elle a dû suivre un traitement par radio-chimiothérapie dès le 4 mars 2003. Selon le Dr J._____, qui suivait la recourante pour la suite

des cures susmentionnées, la capacité de travail résiduelle de celle-ci dans la profession d'aide administrative – qui était adaptée à l'état de santé la recourante – s'élevait à 0% dès le 4 mars 2003 et à 50% dès le 1^{er} janvier 2005.

Selon le Dr B._____, la reprise de toute activité ne pouvait être supérieure à 50% en 2005 en raison de la présence d'une dilatation ventriculaire et d'épanchement secondaires à la radiothérapie axillaire gauche. De même, la situation n'était susceptible de s'améliorer, en 2006, que de 20% en raison de l'asthénie persistante et du psychisme de la recourante. Le Dr B._____ a admis que la situation n'était pas encore stabilisée, que la capacité de travail résiduelle de la recourante dans son poste était de 50% en raison de limitations fonctionnelles cardiaques au moins jusqu'au début 2006 et que, sur le plan psychiatrique, aucune investigation n'avait été faite dans le but de déterminer s'il existait une affection susceptible de péjorer la capacité de travail résiduelle de la recourante à moyen ou long terme, indépendamment de l'évolution cardiologique post-radiothérapeutique.

bb) Le Dr M._____, chargé de l'examen psychiatrique SMR du 16 août 2006, a déclaré ce qui suit:

"Anamnèse professionnelle

[...]

[La recourante] travaille à la compagnie suisse des wagons-restaurants pendant 6 mois puis chez Hofmann La Roche pour le test de produits sur des animaux, pendant 8 mois également (1971).

Elle se rend ensuite à Lausanne et s'inscrit à l'université où elle fera le propédeutique en biologie-sciences naturelles, pendant deux ans (1971-1973). Elle relève sa difficulté à faire des études. Puis, elle prend des missions temporaires chez Manpower, à Lausanne, comme manutentionnaire, pendant 9 mois.

Elle se marie en 1974 et décide d'arrêter ses études.

A partir de 1983, son mari se met à son compte (serrurerie-réparations). [La recourante] fera alors tout le travail administratif, travail qu'elle n'exercera jamais à plein-temps. Actuellement, la durée est en moyenne d'une heure par jour, mais elle peut varier considérablement selon la demande. Elle explique que dans le passé, elle a travaillé plus qu'actuellement. Elle ajoute que si la quantité de travail augmentait, elle essaierait de l'assumer, quoique cela ne soit pas évident. Elle se sent amoindrie par ses ennuis de

santé. Elle ajoute que si elle n'avait pas d'ennuis de santé somatique, elle pourrait travailler plus.
[...]

Anamnèse psychosociale et psychiatrique

[...]

En 1999, une polymyalgie est diagnostiquée, affection traitée par de la cortisone. En 2000, un papillome du sein est mis en évidence et, en mars 2003, elle est opérée d'un cancer du sein (turnorectomie). Cette opération est suivie par une chimio- et radiothérapie, également en 2003. A partir de la 2^e séance de chimiothérapie, elle dit avoir eu des crises de larmes mais elle a continué à travailler et à assumer les tâches ménagères. Un jour, elle dit s'être "effondrée" chez l'oncologue. Du Seropram® est alors prescrit (été 2003). Bien qu'elle continuait à assumer les tâches du quotidien, elle le faisait avec difficulté. Du Temesta® et du Stilnox® ont été prescrits dans le passé, et actuellement elle essaie d'arrêter le Seropram®, d'entente avec son médecin. Elle ajoute que son état psychique est variable.

[...]

Vie quotidienne

[...]

Plaintes et symptômes présentés par l'assurée:

[La recourante] indique qu'elle n'est pas triste en permanence, car elle a la foi. Elle ne pleure que rarement. Elle relève une diminution de l'énergie qui va de pair avec une fatigue et une diminution de la force physique. Elle explique que si elle n'était pas malade, elle aimerait rendre visite aux gens. Elle dit aimer la nature, les plantes et les randonnées. Elle mentionne le fait qu'elle n'a jamais eu confiance en elle. Par rapport à des reproches qu'elle s'adresse, elle explique qu'elle devrait être plus rapide. Elle dit ne pas avoir d'idées de mort. Elle décrit des troubles de l'endormissement et une diminution de la libido; elle ajoute que son appétit est conservé. Elle relève des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle rapporte une tension et dit être parfois anxieuse, lorsque son rythme habituel est changé (comme pour le rendez-vous au SMR).

Status psychiatrique

Personne de 54 ans, à la présentation et aux soins corporels corrects, orientée dans les trois modes, authentique et collaborante. Pendant la première partie de l'entretien, elle se présente souriante, jusqu'à ce que le sujet des abus sexuels soit abordé, ce qui est à l'origine de pleurs. Elle explique qu'elle n'a jamais révélé ces faits à quiconque et qu'elle a toujours réussi à les évacuer de sa pensée. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Vigilance, attention, concentration et mémoire conservées. Tension et anxiété modérées. Mimique, gestuelle et modulation de la voix variées et adaptées au contenu du discours. Discours globalement négatif, absence de tristesse permanente. Le discours est fluide, riche et informatif. Anhédonie partielle, absence de retrait social. Capacité de projection dans l'avenir conservée, il n'y a pas de bizarreries dans les croyances ou les comportements; absence d'idées délirantes, de phénomènes psycho-sensoriels anormaux ou de tout autre élément psychotique.

Diagnostic

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- aucun.
- sans répercussion sur la capacité de travail:
 - trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2).

Appréciation du cas

Nous sommes en présence d'une personne de 54 ans, suisse qui a vécu en France jusqu'à l'âge de 20 ans. Dans le développement psycho-affectif tardif, on relève le fait qu'elle a été victime d'abus sexuels répétés de la part d'un adulte avec la menace d'être tuée si elle révélait les faits; elle avait 12 ans. Cet événement grave n'a pas été à l'origine de la mise en place d'une personnalité pathologique, selon les critères de la CIM-10. En témoigne une stabilité sur le plan professionnel et affectif. Cependant, [la recourante] présente une vulnérabilité psychique, ce qu'elle reconnaît elle-même. Elle explique qu'elle se sent anxieuse lorsque son rythme de vie habituel est perturbé, et ceci même pour des événements mineurs (rendez-vous inhabituel, par exemple). La vulnérabilité psychique qu'elle présente n'est cependant pas assez marquée pour être à l'origine d'une limitation de l'activité professionnelle. En effet, on constate qu'elle a travaillé à plein temps au début de son arrivée en Suisse, puis qu'au sein de l'entreprise de son mari, il s'est trouvé des périodes pendant lesquelles elle a fait face à la quantité de travail accrue.

[La recourante] a présenté des ennuis de santé physique depuis 1999. Cette année-là, une polymyalgie est diagnostiquée, traitée par de la cortisone. En 2000, un papillome du sein est mis en évidence et en mars 2003 elle est opérée d'un cancer du sein, intervention suivie d'une chimio- et radiothérapie, également en 2003. C'est alors qu'elle développe une réaction anxio-dépressive. Au cours de l'été, un traitement antidépresseur (Seropram®) est mis en place et par la suite, des traitements tranquillisants et hypnotiques (Temesta®, Stilnox®) sont mis en place puis arrêtés. Actuellement, [la recourante] tente d'arrêter le traitement antidépresseur, d'entente avec son médecin, pour des raisons peu claires.

[La recourante] souffre d'un trouble anxieux et dépressif mixte, qui est réactionnel aux ennuis de santé graves qu'elle s'est présentés, surtout depuis 2003: moments de tristesse, troubles du sommeil, diminution de la libido, diminution légère de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables, tension et moments d'anxiété. Parmi les éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie et de la volonté, troubles de la concentration et de la mémoire, ralentissement, anxiété déstructurante) soit ils sont absents, soit ils sont peu marqués. Ainsi, il n'y a pas de diminution de la volonté, [la recourante] essayant toujours "de faire face" aux besoins de son mari et aux exigences de leur petite entreprise. Il n'y a pas de diminution de l'énergie d'origine psychique (dans la mesure où son physique le lui permet) : elle fait des prédications, elle se rend aux réunions des Témoins de Jéhovah, elle accompagne une amie malade à ses rendez-vous et elle effectue les démarches nécessaires pour l'entreprise, La difficulté à assumer les tâches du quotidien sont secondaires à une fatigue physique et à une diminution de la force. Pendant l'examen au SMR, nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où [la recourante] a compris les questions qui lui étaient posées et qu'elle

a été à même d'y répondre de manière précise, et ceci pendant toute la durée de l'entretien (1h15). De même, nous n'avons pas mis en évidence de troubles formels de la mémoire à court et à long terme (les renseignements donnés étaient toujours précis quant aux dates; il n'y a pas eu de temps de latence exagérée ou d'hésitations avant ses réponses). Nous n'avons pas objectivé de ralentissement psychique; la lenteur qu'elle relève pour l'effectuation des tâches dans la journée est due à un ralentissement moteur, dans le contexte des ennuis somatiques. Enfin, l'anxiété que présente [la recourante] n'est pas déstructurante psychologiquement.

Au vu de ce qui précède, [la recourante] ne présente pas de symptomatologie psychique limitative pour l'exercice de l'activité professionnelle. Les autres éléments qu'elle mentionne (tristesse épisodique, anhédonie partielle, troubles du sommeil, troubles de la libido) ne sont pas incapacitants. L'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, l'absence de suivi chez un psychiatre, la diminution du traitement antidépresseur dans la perspective d'un arrêt sont des éléments qui parlent contre une affection grave. Ceci dit, relevons que [la recourante] a toujours fait face pendant sa vie, et qu'au vu de la fragilité psychique qu'elle présente, elle est à risque de se déprimer gravement à l'avenir; actuellement, elle lutte contre un effondrement dépressif, ceci d'autant plus que les facteurs de stress extérieurs continuent à être présents (ennuis somatiques graves).

Limitations fonctionnelles: aucune sur le plan psychiatrique.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? L'examen au SMR n'a pas montré un état induisant des limitations fonctionnelles sur le plan psychique entraînant une incapacité de travail durable.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan strictement psychiatrique, il est toujours resté nul.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est totale dans l'activité habituelle (travail administratif).

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%.

Dans une activité adaptée: 100%."

d) Selon un rapport du 17 novembre 2006, le Dr J._____ a considéré que, devant la menace d'une rechute et le risque de devoir remodeler une capacité de travail sous peu, il apparaissait mal à propos d'intervenir et de changer une situation qui s'était finalement stabilisée et qui s'était améliorée d'une capacité de travail de 0% à une de 50 %. Objectivement, l'asthénie persistait et l'utilisation du membre supérieur gauche était réduite. La recourante était partiellement handicapée par sa polymyalgie nécessitant une médicalisation et un traitement de stéroïde

de même que par l'état anxio-dépressif chez une personne fragile. Le Dr J._____ a conclu que l'état de la recourante était stationnaire.

Dans un rapport du 26 janvier 2007, le Dr Z._____ a constaté que la recourante présentait une *polymyalgia* et des troubles statiques vertébraux importants, en partie congénitaux, et que son état de santé était stationnaire.

e) Le rapport d'examen SMR du 28 juin 2007, établi par le Dr V._____, a retenu ce qui suit:

"Assurée de 55 ans ayant présenté un cancer du sein, dont le traitement avait entraîné des problèmes cardiaques, une anémie répondant lentement au traitement de fer, et qui présente de surcroît un état anxiodépressif et une polymyalgie chronique depuis 1999. Un examen psychiatrique au SMR a mis en évidence un trouble anxiodépressif mixte, sous traitement, n'ayant eu à aucun moment des répercussions sur la capacité de travail, ceci grâce à sa volonté, ce qui ne signifie pas qu'elle ne soit pas à risque de déprimer gravement à l'avenir.

Sur le plan somatique, le médecin traitant estime que les problèmes cardiaques sont sans répercussion sur la capacité de travail et doivent faire l'objet de contrôles ultérieurs. La polymyalgia est connue, et est contrôlée par de petites doses de Prednisone. En ce qui concerne l'asthénie alléguée par le médecin traitant, on ne peut le suivre dans sa tentative de justification de l'incapacité de travail à 50%, dans la mesure où le pronostic mauvais n'interfère pas avec la capacité de travail actuelle de l'assurée. En l'absence d'anémie annoncée, ou de complications locales (lymphoedème, douleur thoracique ou axillaire de type brûlure post-radiothérapie, limitation de la mobilisation de l'épaule), la capacité de travail de l'assurée est actuellement jugée complète dans son activité habituelle."

B. a) Par décision du 8 février 2008, l'OAI a retenu que la recourante présentait un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} mars 2004 au 31 mars 2005 et de 50% du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2006. Au-delà du 31 mars 2006, l'OAI a estimé que la recourante présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée, raison pour laquelle il a mis fin à la rente au 1^{er} avril 2006.

b) Le 10 mars 2008, D._____, désormais assistée par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, a recouru contre la décision du 8 février 2008 de l'OAI, concluant à la réforme de cette

décision en ce sens qu'elle continue de bénéficier d'une demi-rente au-delà du 31 mars 2006.

La recourante soutient que son atteinte invalidante est avant tout somatique. Or, l'OAI n'a ordonné aucun examen médical afin d'évaluer l'influence des atteintes de cette nature sur sa capacité de travail. Quant aux somaticiens consultés par la recourante, ceux-ci attestent que sa capacité de travail est de 50%.

c) Dans sa réponse du 29 mai 2008, l'OAI a souligné que l'avis SMR du 20 juillet 2005 avait estimé que les rapports médicaux obtenus sur le plan somatique étaient estimés suffisants. L'examen psychiatrique avait été organisé en raison du fait que l'incapacité de travail mentionnée par le Dr J._____ avait été attribuée par celui-ci à un facteur non-somatique. Or, selon cet examen, la recourante ne présentait, début 2006, aucune atteinte invalidante au plan non-somatique.

L'OAI a alors conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

d) Dans sa réplique du 3 juillet 2008, la recourante a relevé que l'OAI a retenu que l'instruction de l'aspect somatique était complète. Or, il ressortait clairement des pièces - que l'avis SMR sur lequel s'appuyait l'OAI ne pouvait remettre en question, celui-ci ne reposant sur aucun avis médical - que, au plan somatique, la recourante présentait une capacité de travail de 50%.

Pour ces motifs, la recourante a maintenu les conclusions de son recours et a requis que les Drs J._____ et Z._____ soient entendus comme témoin.

e) Dans sa duplique du 5 août 2008, l'OAI a renvoyé au rapport SMR du 28 juin 2007, lequel expliquait les raisons pour lesquelles l'avis du médecin traitant était écarté.

L'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

f) Lors de l'audience du 15 octobre 2009, outre les parties, se sont présentés les Drs J._____ et Z._____.

Le Dr J._____ a déclaré, en substance, avoir constaté, d'un point de vue oncologique, une amélioration de l'état de santé de la recourante. Il a relevé que si l'asthénie n'était plus profonde, comme c'était le cas directement après le traitement de chimiothérapie, elle était encore présente. Selon le Dr J._____, le problème était surtout psycho-oncologique, la patiente ayant échappé à un cancer grave avec un taux de mortalité important et n'étant pas à l'abri d'une rechute, ce dont elle avait parfaitement conscience. Il a regretté que le psychiatre n'eût pas pris cet élément suffisamment en compte. En outre, il a souligné que la recourante continuait à présenter des atteintes rhumatologiques qui pouvaient justifier une incapacité de travail. Pour le surplus, le Dr J._____ a contesté l'avis du SMR, selon lequel l'absence d'anémie ou de complications locales justifiait qu'une capacité totale de travail soit reconnue à la recourante.

Selon le Dr Z._____ l'état de la patiente, qu'il suivait depuis une dizaine d'années, était stationnaire depuis 2005. Elle présentait toujours une incapacité de travail de 50%, laquelle était due aux douleurs (notamment la polymyalgie) et résultait en bonne partie de son état lombaire vertébrale (scoliose lombaire sérieuse), dans son activité habituelle, qui est adaptée. Cette atteinte allait s'aggraver avec l'âge.

La représentante de l'OAI a confirmé que l'incapacité de travail de la recourante était avant tout attribuée à un facteur non-somatique, raison pour laquelle une expertise psychiatrique avait été organisée.

La recourante a déclaré être inscrite au chômage à 50%. Elle a fait un stage de manutentionnaire aux [...] qui avait été jugé trop lourd physiquement. Elle a ensuite entrepris un stage d'initiation à la

bureautique à 50%; elle a dû suivre des cours pendant une journée entière à plusieurs reprises et a constaté que c'était trop lourd pour elle.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1^{er} LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 s. LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet

du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53)

En l'espèce, est litigieuse la question du degré d'invalidité présenté par la recourante. En particulier, celle-ci reproche à l'OAI d'avoir écarté l'avis des Drs J._____ et Z._____.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

c) En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

4. a) En l'espèce, l'OAI soutient que, sur le plan somatique, le médecin traitant estime que les problèmes cardiaques sont sans répercussion sur la capacité de travail et doivent faire l'objet de contrôles ultérieurs, ce qui est faux si l'on se réfère aux rapports du Dr J._____ des 22 mars 2005 et 17 novembre 2006.

Selon le Dr V._____ du SMR, la *polymyalgia* est connue et contrôlée. Cependant, bien qu'elle soit traitée, force est de constater

qu'elle entraîne une incapacité de travail telle qu'attestée par les médecins traitants de la recourante.

En ce qui concerne l'asthénie alléguée par le Dr J._____, son avis ne peut être suivi selon le médecin du SMR du fait que le pronostic n'interfère pas avec la capacité de travail actuelle. Dès lors, en l'absence d'anémie annoncée ou de complications locales, la capacité de travail est actuellement jugée, par le SMR, complète pour l'activité habituelle. Lors de l'audience d'instruction, le Dr J._____ a contesté cette appréciation du SMR. Tout en observant que d'un point de vue cancérologique, la situation de la recourante était bonne (pas de rechute), il a relevé que si l'asthénie n'était plus profonde, comme c'était le cas directement après le traitement de chimiothérapie, elle était encore présente; que la recourante présentait des atteintes rhumatologiques invalidantes et que le problème était surtout psycho-oncologique, la patiente ayant échappé à un cancer grave avec un taux de mortalité important et n'étant pas à l'abri d'une rechute, ce dont elle a parfaitement conscience. Il regrette que le psychiatre n'ait pas pris cet élément suffisamment en compte.

A la lecture des écritures de l'OAI et comme l'a confirmé la représentante de l'office à l'audience d'instruction, l'incapacité de travail de la recourante était avant tout attribuée à un facteur non-somatique, raison pour laquelle une expertise psychiatrique a été organisée. Cet examen n'a pas permis de mettre en évidence une atteinte à la santé sur ce plan qui aurait une répercussion sur la capacité de travail. L'OAI en a déduit que les douleurs physiques de la recourante, soit notamment sa polymyalgie n'était pas invalidante en l'absence de comorbidité psychiatrique. Or, contrairement à ce qu'ont retenu le Dr B._____ du SMR - qui ne se réfère qu'au dernier rapport du Dr J._____ - et l'OAI, les Drs Z._____ et J._____ n'ont pas retenu un diagnostic de polymyalgie, correspondant à un problème de fibromyalgie qui ne serait invalidant qu'en cas de comorbidité psychiatrique, mais un pseudo-polyarthrite rhizomélisque ou *polymyalgia rheumatica*, soit une atteinte physique objective, à savoir des douleurs articulaires à caractère inflammatoire causées par une vitesse élevée de sédimentation et soignées par des

doses régulières de cortisone. Par ailleurs, aucun des médecins du SMR n'a examiné la question des troubles statiques vertébraux importants attestés par le médecin traitant. Relevons à cet égard que le psychiatre du SMR a lui-même relevé que la recourante avait toujours fait face pendant sa vie et qu'au vu de la fragilité psychique qu'elle présente, elle est à risque de se déprimer gravement à l'avenir, ceci d'autant plus que les facteurs de stress extérieurs continuent à être présents (ennuis somatiques graves).

b) Les médecins traitants ont examiné à plusieurs reprises et suivent la recourante depuis suffisamment de temps pour connaître sa situation ainsi que l'évolution de celle-ci d'un point de vue médicale. En particulier, le Dr Z. _____ qui a étudié de manière circonstanciée l'état de santé de la recourante sur le plan somatique a une pleine connaissance du dossier à ce sujet. En outre, ils ont pu à plusieurs reprises confirmer leur description du contexte médical et leur appréciation de la situation médicale qui non seulement sont claires, mais ne souffrent aucune contradiction. En revanche, l'OAI s'est limité, au plan somatique, a estimé suffisant et complet les rapports des médecins traitants (cf. avis SMR du 20 juillet 2005). Il n'a pas ordonné d'examen en la matière. Malgré cela, il conteste la présence d'une atteinte somatique invalidante au motif qu'une telle atteinte ne peut exister en l'absence d'anémie ou de complications locales. Or, selon le Dr J. _____, un tel argument est insuffisant pour valablement fonder cette contestation. Les douleurs importantes au dos ainsi qu'aux hanches, épaules et muscles, présentes - bien que la recourante exerce une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - et provoquées par la polymyalgie et les troubles statiques vertébraux, ont été totalement ignorées par les médecins du SMR. Par conséquent, force est de constater que l'appréciation de l'OAI, au plan somatique, ne résiste pas à celle des médecins traitants, lesquels ont, à la différence de l'OAI, dûment examiné et décrit l'état de santé de la recourante sur ce plan.

Dès lors, il convient de retenir qu'en raison de limitations fonctionnelles qu'elle présente, la recourante a une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. L'activité habituelle exercée est

adaptée de sorte que le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail de 50 %.

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante présente toujours la même capacité résiduelle de travail qu'avant le 1^{er} janvier 2006. C'est donc à tort que l'OAI a considéré qu'à cette date, l'état de santé de la recourante s'était améliorée au point que la capacité de travail de la recourante était totale et qu'il a alors décidé de supprimer sa rente au 1^{er} avril 2006.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours est fondé et qu'il convient de réformer la décision attaquée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité au-delà du 31 mars 2006. La décision attaquée est confirmée pour le surplus.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens.

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

- I.** Le recours est admis

- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la
recourante D. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité au-
delà du 31 mars 2006. Elle est confirmée pour le surplus.

- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
versera à D. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs)
à titre de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour D. _____),
- 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: