

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 décembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : MM. Métral et Bidiville, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

U._____, à Romanel-sur-Lausanne, recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. Ressortissante suisse, U._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1956, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, divorcée, mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, enseignante à l'Ecole E._____, a déposé le 21 mars 2003 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), sollicitant l'octroi de moyens auxiliaires. Elle a fait état d'un cancer du sein, existant depuis le mois de décembre 2002.

Par décision du 9 mai 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) a pris en charge le coût de perruques ou cheveux postiches pour un montant de 1'500 fr. au maximum par année civile. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 8 juillet 2005, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une rente. Souffrant d'un cancer métastasique du foie depuis le 24 novembre 2004, elle a indiqué être suivie par le Dr M._____, spécialiste en médecine interne et en oncologie. En complément à sa demande, elle a fait savoir qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'enseignante, aux fins de subvenir à son entretien. Répondant le 4 août 2005 au questionnaire adressé par l'office AI, l'employeur a notamment déclaré que l'intéressée oeuvrait à son service depuis 1995 et que son taux d'activité avait été réduit à compter du 1^{er} janvier 2004 en raison d'une fatigabilité accrue, le nombre d'heures de cours par semaine s'élevant dès lors à 19,25, pour un horaire hebdomadaire normal de 41 heures.

Le 31 août 2005, le Dr M._____ a remis son rapport à l'office AI. Il a posé différents diagnostics afférents aux cancers mammaire et hépatique et a retenu une incapacité de travail complète à compter du 24 novembre 2004. Malgré une évolution favorable obtenue grâce au traitement chimiothérapeutique, la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisagée en raison de la récupération extrêmement lente de

la fatigue liée à la radiothérapie et à la chimiothérapie, à quoi s'ajoutaient encore des troubles du sommeil et un syndrome climatérique important. Le Dr M._____ signalait enfin que le traitement dispensé avait conduit à une rémission partielle. Il avait toutefois une visée palliative, de sorte qu'une progression tumorale nécessitant la reprise d'une chimiothérapie pouvait survenir à tout instant.

Le 21 novembre 2005, l'office AI a informé la caisse de pension de l'employeur de l'assurée qu'il comptait verser à cette dernière une rente entière d'invalidité à compter du 24 novembre 2005, basée sur un taux d'invalidité de 100%. Il indiquait en outre que la révision de la rente était prévue pour le 1^{er} novembre 2009.

Par décision formelle du 16 mars 2006 adressée à l'assurée, l'office AI a confirmé les termes de sa communication du 21 novembre 2005. Cette décision n'a pas été contestée.

C. En réponse à une demande de la caisse de pension d'E._____, l'office AI a indiqué le 26 novembre 2009 que la rente servie à l'assurée était en cours de révision. Dans ce cadre, l'intéressée a complété le 19 décembre 2009 un questionnaire, aux termes duquel elle a indiqué exercer depuis 2008 une activité lucrative accessoire d'enseignante auprès d'E._____ de 56 heures par année pour un salaire annuel de 1'555 francs. Son état de santé était toujours le même (« cancer métastatique »).

Dans un rapport médical à l'intention de l'office AI, le Dr M._____ a relevé le 19 janvier 2010 que la fatigabilité et l'asthénie induites par les traitements anti-cancéreux prescrits à l'assurée conduisaient à une réduction du rendement de 80 à 90%, excluant la reprise de toute activité professionnelle. Pour le surplus, l'évolution était jugée stable.

Selon les renseignements fournis à l'office AI par l'employeur (E._____) en date du 15 février 2010, l'assurée avait débuté une activité

d'enseignante en date du 29 octobre 2008 avec un horaire de travail irrégulier. Son salaire avait été de 1'555 fr. 05 en 2008, 4'647 fr. 35 en 2009 et 628 fr. 50 au mois de janvier 2010 pour 12 heures d'enseignement. A la demande de l'office AI, l'assurée a précisé que son travail s'effectuait sur mandat à raison d'une centaine d'heures par an.

Le 21 septembre 2010, le Dr M._____ a rendu compte au Dr T._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, des résultats d'un contrôle effectué le 17 septembre précédent. Outre les différents diagnostics relatifs au cancer, il a écrit ce qui suit: « la patiente va assez bien. Les douleurs dorso-lombaires dont elle se plaignait sont en amélioration sous un traitement de physiothérapie. Elle ne mentionne par ailleurs pas de symptôme respiratoire ou digestif nouveau. (...) En conclusion, la rémission complète des métastases osseuses et hépatiques (...) se poursuit ». Etaient joints à cette lettre différents rapports émanant de la Dresse O._____ du 13 septembre 2010 (ct-scan thoraco-abdominal), du Dr X._____ du 7 juin 2010 (comprenant un échocardiogramme), de la Dresse L._____ du 25 mars 2010 (scintigraphie osseuse) et de la Dresse I._____ du 18 mars 2010 (mammographie digitalisée).

Le 24 septembre 2010, le Dr Q._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a proposé la mise en œuvre d'une expertise à confier au Dr W._____, spécialiste en médecine interne, afin d'apprécier la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et dans une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Le 30 septembre 2010, l'office AI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de l'expertise médicale ambulatoire du Dr W._____. Il était en outre spécifié ce qui suit:

« Pour des motifs pertinents, il est possible de récuser, par courrier adressé à l'Office AI, l'expert, l'experte ou l'organe chargé de l'expertise (une fois connus les noms des experts nommés pour pratiquer celle-ci) dans un délai de 10 jours. Passé ce délai, d'éventuelles objections ne pourront plus être prises en considération. »

L'assurée n'a pas réagi à cette lettre.

L'expert a déposé son rapport le 22 décembre 2010. Celui-ci contient pour l'essentiel une anamnèse circonstanciée, la description des plaintes de l'assurée et le résumé des examens cliniques pratiqués. Avec effet sur la capacité de travail, le Dr W. _____ a diagnostiqué un « carcinome lobulaire invasif du sein droit », ainsi que différents diagnostics secondaires découlant de cette pathologie. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu une fibromyalgie (M 79.5), une ostéopénie et un tabagisme chronique. Il s'est exprimé en ces termes à propos de l'histoire médicale de l'assurée:

« (...) En novembre 2004, les investigations de douleurs latéro-thoraciques gauches permettent d'identifier une métastase de la quatrième côte à gauche ainsi qu'une métastase hépatique. Elle est alors traitée par chimiothérapie de Taxol-Herceptin du 1^{er} décembre 2004 au 13 juillet 2005, suivie d'une immunothérapie d'Herceptin et Femara, encore en cours. L'évolution oncologique est favorable. La dernière scintigraphie osseuse de mars 2010 est sans lésion. Une mammographie réalisée en mars 2010 était sans particularité. Un Ct-scan thoraco-abdominal effectué en septembre 2010 ne montre pas de lésion suspecte. Un micronodule latéro-basale droit pulmonaire reste inchangé. Un lymphoedème du supérieur droit connu dès juillet 2006, évolue favorablement sous un traitement de drainage lymphatique qui se poursuit jusqu'à actuellement, à raison de deux ou trois séances par mois.

Elle présente des douleurs multiples notamment au niveau du rachis dorso-lombaire, ces douleurs sont annoncées en amélioration par le Docteur M. _____ en septembre 2010. »

Sous l'intitulé « 6.2 Situation actuelle », l'expert a notamment écrit ce qui suit:

« (...)

Les plaintes sont ainsi constituées de troubles du sommeil, de troubles digestifs éventuels, d'un syndrome douloureux intéressant l'appareil locomoteur et d'une fatigabilité persistante. Dans l'ensemble, l'assurée reconnaît toutefois une amélioration avec le temps et en particulier depuis 2009.

Cliniquement, elle est en bon état général. On ne constate pas de lymphoedème et l'examen est rassurant, ne permettant pas d'identifier d'organomégalie, d'adénopathie, de douleurs à la

percussion osseuse. L'examen des seins est sans particularité. L'examen de l'appareil locomoteur ne met pas en évidence de limitation fonctionnelle. En revanche, il est mis en évidence la présence de 18/18 points de fibromyalgie. Il n'y a pas de ténosynovite, de déformation articulaire. Les examens de laboratoire rapportés sont sans signe inflammatoire, sans anémie.

Il est à noter qu'une activité physique régulière n'accroît pas le risque de lymphoedème et est susceptible de réduire le risque d'ostéoporose chez cette assurée qui présente une ostéopénie. L'exercice physique fait partie intégrante du traitement du cancer du sein auquel, dans le cas particulier de cette assurée, il faudrait adjoindre un sevrage de tabagisme.

6.3 Limitations fonctionnelles

Madame U. _____ présente subjectivement des plaintes retrouvées assez classiquement dans le traitement de Femara-Herceptin avec asthénie, douleurs articulaires, troubles du sommeil. Elle présente un syndrome climatérique modéré et peu invalidant.

On peut ainsi du fait de la maladie et de ses traitements, considérer qu'il existe une perte de rendement permettant certainement de rendre compte de limitations des activités professionnelles exercées jusqu'à actuellement, soit d'enseignante à l'Ecole E. _____. Dans une telle activité, la capacité de travail ne dépasse pas 50%, c'est-à-dire un mi-temps. Dans une activité adaptée (par exemple d'employée de commerce), la capacité de travail est également de 50%.

En raison du status après tumorectomie, curage axillaire droit chez cette droitnière, elle ne peut:

- porter des charges répétitives de plus de 10 kilos
- exercer des activités les bras tenus en hauteur
- utiliser le bras droit en pince avec le thorax
- effectuer des mouvements répétitifs soutenus de la main droite.

En outre, l'environnement doit être exempt d'exposition aux intempéries. »

Répondant aux questions posées par l'office AI, l'expert a encore précisé que la capacité de travail retenue s'entendait quatre heures par jour sans diminution de rendement à compter du 1^{er} janvier 2010. Selon lui, des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas nécessaires, dès lors que l'activité d'enseignante à mi-temps était adaptée à la situation médicale et que la capacité de travail de l'assurée n'était pas susceptible d'être améliorée dans quelque poste que ce soit. Outre divers documents médicaux déjà versés au dossier administratif, le Dr W. _____ a joint un scanner thoraco-abdominal du 18 mars 2010 et un rapport d'IRM cérébrale du 17 décembre 2009.

Dans un avis du 11 février 2011, le Dr Q._____ (SMR) s'est rallié aux conclusions du Dr W._____.

A la suite d'un entretien avec l'assurée et une collaboratrice de l'office AI, un rapport a été dressé en date du 6 avril 2011. Il y était notamment mentionné une fracture de la main gauche consécutive à une chute au mois de décembre 2010. Un rapport médical devait être requis à ce sujet. S'agissant de la capacité de travail qui lui a été reconnue, l'assurée exprimait ses craintes de ne pas pouvoir assumer un mi-temps, en raison des fluctuations de son état de santé. Elle précisait qu'il n'y avait pas la possibilité d'avoir un nombre d'heures minimum garanti, car désormais il n'y avait plus que des contrats sur appel. Quant à l'éventualité d'une réinsertion professionnelle, elle redoutait de ne pas retrouver un emploi vu son âge et la durée de son arrêt-maladie.

Invité à compléter un rapport médical à l'intention de l'office AI, le Dr M._____ a répété le 6 septembre 2011 que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dès le 24 novembre 2004 pour une durée indéterminée. Il a ajouté que la scintigraphie osseuse réalisée au mois de juin précédent ne mettait pas en évidence de métastase, démontrant l'accentuation des phénomènes dégénératifs du rachis dorsal et des grosses articulations. Il n'y avait pas d'évidence de poursuite évolutive pulmonaire, hépatique ou ganglionnaire au ct-scan thoraco-abdominal du 15 mars 2011. A ses yeux, l'évolution oncologique était stable.

A la demande de l'office AI, le Dr V._____, orthopédiste FMH, spécialiste de la main, s'est prononcé le 4 octobre 2011 sur la fracture du poignet gauche survenue le 25 décembre 2010. Il a estimé que cette atteinte était sans incidence sur le travail effectué, soit environ 20 à 36 heures de cours par année, la profession d'enseignante étant au surplus considérée comme adaptée.

D. Le 6 janvier 2012, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait réduire la rente qui lui était servie jusqu'alors. Constatant une

amélioration de son état de santé, il a fait siennes les conclusions de l'expert W._____ admettant une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2010 dans son activité d'enseignante ainsi que dans toute profession respectueuse des limitations fonctionnelles énoncées. Il a par conséquent annoncé le remplacement de la rente entière allouée par une demi-rente, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Par l'intermédiaire de son précédent conseil, l'assurée a présenté le 17 février 2012 des objections à l'encontre de ce préavis. Contestant en substance la capacité de travail qui lui a été reconnue, elle a fait savoir que l'évaluation du Dr M._____ devait être préférée à celle du Dr W._____ au motif que, contrairement à ce dernier, il était spécialiste en oncologie et qu'il assurait son suivi depuis plus de sept ans. Elle considérait en outre qu'étant âgée de 56 ans et n'ayant plus retravaillé depuis le mois de novembre 2004, il était illusoire de penser qu'elle puisse retrouver du travail à mi-temps. L'assurée a produit diverses pièces dont un rapport du Dr M._____ du 3 février 2012, dans lequel celui-ci indiquait que grâce aux traitements pratiqués (chimiothérapie, hormonothérapie et immunothérapie), l'intéressée présentait une évolution favorable avec la disparition des signes radiologiques et biologiques des métastases. Cela étant, s'agissant de la capacité de travail, il ne lui était pas possible de confirmer ou d'infirmer les dires de sa patiente, selon lesquels les troubles du sommeil et la fatigabilité augmentée ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle à 50%. Répondant à une nouvelle lettre du conseil de l'assurée, le Dr M._____ a déclaré le 15 février 2012 que la fatigue et l'asthénie faisaient obstacle à la reprise de toute activité professionnelle et que l'incapacité de travail était de 90 à 100% depuis le 24 novembre 2004. L'assurée demandait par conséquent l'annulation du projet de décision du 6 janvier 2012 et la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle concluait à la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un oncologue indépendant aux fins d'évaluer sa capacité de travail résiduelle.

Prenant position à propos des arguments médicaux développés par l'assurée, le Dr Q._____, du SMR, s'est exprimé en ces termes dans un avis du 16 mars 2012:

« (...) [L'assurée par l'intermédiaire de son conseil, réd.] demande une annulation de notre projet de décision au motif qu'[elle] ne peut exercer une quelconque activité professionnelle au-delà de 10%. Son opposition est accompagnée de deux nouveaux rapports médicaux du Dr M._____, médecin oncologue de l'assurée, daté du 03.02.12 et du 15.02.12. Le Dr M._____ atteste d'un état de santé stable de son assurée depuis décembre 2009. Les plaintes retenues, fatigabilité augmentée, trouble du sommeil, douleurs dorsales sont identiques à celles décrites par le Dr W._____. Sur le plan médical, le Dr M._____ n'apporte aucun élément médical nouveau. Seule diverge son appréciation de la capacité de travail de l'assurée qu'il fixe au maximum à 10% sans qu'aucune aggravation de l'état de santé de la patiente ne soit avérée depuis l'expertise du Dr W._____. Il s'agit donc d'une appréciation différente d'un même état de fait. »

A la suite de l'examen du dossier par le juriste de l'office AI, le dossier a été soumis au SMR s'agissant de l'aspect médical et au service de réadaptation en ce qui concerne le volet économique.

a) Dans un avis médical du 15 mai 2012, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne et médecin au SMR, a répondu comme suit aux questions posées:

«Nous avons pris connaissance de votre mandat qui pose les questions suivantes:

1. Indiquez de manière détaillée pour quelles raisons médicales la préférence doit être donnée à l'avis des experts plutôt qu'à celui de l'oncologue traitant?
2. Y a-t-il des éléments médicaux permettant de souligner la valeur probante de l'expertise ou alors d'infirmer la valeur probante de l'avis du Dr M._____?
3. Aurait-il fallu, comme le suggérait l'avocat de l'assurée, demander une expertise à un oncologue et non à un spécialiste en médecine interne?
4. Comment valider autrement que par ses dires, les déclarations de l'assurée: « les troubles du sommeil, la fatigabilité augmentée ne lui permettent pas de reprendre une activité à 50% »?

5. Question économique, sur laquelle nous n'avons pas à nous prononcer.

Réponses aux questions:

1. Dans le cadre d'une expertise, les champs de compétence d'un spécialiste en oncologie et d'un spécialiste en médecine interne se recouvrent pour l'appréciation de la capacité de travail. En effet, les internistes suivant régulièrement leur patient, même dans le cadre d'une prise en charge oncologique, se doivent de connaître les médicaments oncologiques reçus par leur patient, d'autant qu'ils restent les médecins de premier recours en cas d'urgence, ce que ne sont pas les spécialistes en oncologie, qui reçoivent leur mandat des généralistes internistes ayant posé le diagnostic de cancer. Par contre, en ce qui concerne l'administration des médicaments, la durée d'un traitement et son appréciation, l'oncologue reste la référence.

2. L'expertise du Dr W._____ est solide. Même s'il n'a vu l'expertisée qu'une seule fois, son expertise est tout particulièrement fouillée comme le démontre le plan en page 2/20, que nous ne commenterons pas. Cependant, dans les circonstances de l'expertise, il faut noter en page 3, dernier paragraphe, que *l'assurée a indiqué avoir repris une activité d'enseignante avec l'Ecole E._____, alors même que le Dr M._____ précise que la reprise de toute activité professionnelle lui paraît impossible.*

Les dires de l'assurée sont donc discordants avec l'opinion de son oncologue et parfaitement concordants avec l'avis de l'expert. D'autre part, en page 8/20, l'assurée démontre bien que son sentiment de fatigue est « d'intensité fluctuante ». « Elle peut réaliser toutes les tâches chez elle mais à une cadence plus faible et de manière séquentielle ». Les activités de la vie quotidienne rappellent que le mercredi matin elle donne des cours à l'Ecole E._____ de 8h20 à 11h00 et que sinon elle a toutes sortes d'activités à domicile. Sur le plan du traitement, elle est toujours sous Herceptin et Femara, dont les effets secondaires ont bien été discutés par le Dr W._____.

L'examen clinique est complet, très détaillé, l'examen des seins est normal, il n'y a pas d'adénopathie palpable. L'examen cardiovasculaire est sans particularité mises à part des petites varicosités au mollet gauche. Il s'ajoute à ce status général un status neurologique extrêmement détaillé et de l'appareil locomoteur montrant 18 points de fibromyalgie présents. Cette dernière affection a été estimée comme sans répercussion sur la capacité de travail.

Dans son appréciation du cas et pronostic, après avoir rappelé l'histoire médicale comprenant les diverses chimiothérapies, y compris l'actuelle (Femara et Herceptin), l'expert a rappelé les plaintes constituées de trouble du sommeil, digestifs éventuels et d'un syndrome douloureux intéressant l'appareil locomoteur avec fatigabilité persistante. A noter que des examens de laboratoire rapportés sont sans signe inflammatoire ni anémie. C'est en fait la fatigabilité qui pourrait représenter une diminution de la capacité de travail. Elle n'est donc pas due à une éventuelle anémie et pourrait

être imputée aux effets secondaires des médicaments oncologiques. Ceci a été intégré dans l'évaluation de la capacité de travail à 50% du Dr W._____.

En ce qui me concerne, le soin tout particulièrement fouillé que cette expertise reflète du travail du Dr W._____, la rend parfaitement convaincante.

Cependant, l'existence d'une fibromyalgie nécessite que nous apprécions le cas selon les critères jurisprudentiels.

- Il existe une affection corporelle chronique sous la forme d'un cancer du sein, métastatique, mais en rémission.
- Rien dans le rapport du Dr M._____ n'évoque la présence d'une pathologie psychiatrique. Dans l'expertise du Dr W._____, en page 8/20 au niveau des plaintes de l'assurée, les troubles de sommeil sont dus aux bouffées de chaleur, effet secondaire du Femara. S'il est noté qu'on lui a proposé un antidépresseur, c'est dans le contexte de ces bouffées de chaleur et elle ne prend aucun médicament psychotrope actuellement, les bouffées de chaleur s'estompant depuis une année. En page 10/20 dans le status clinique, elle est décrite comme parfaitement collaborante, d'humeur plutôt gaie, ne manifestant qu'une labilité émotionnelle, avec un discours informatif et précis. Cette appréciation du Dr W._____ est suffisamment précise pour que l'on puisse écarter une pathologie psychique.
- Il n'y a pas de perte d'intégration psychosociale comme en témoigne le rapport des activités de la vie quotidienne au point 3.6 de l'expertise.
- On ne peut parler d'état psychique cristallisé, l'assurée travaille le mercredi matin.
- On ne peut parler d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art, la patiente étant en rémission.

En conclusion:

Cette patiente ne répond pas aux critères jurisprudentiels qui rendent une fibromyalgie incapacitante.

Le rapport du Dr M._____ du 19.01.2010 frappe par sa concision et met en avant une stabilité qui est contredite par le fait que dans sa lettre du 21.09.2010, il démontre que la patiente va assez bien, que les douleurs dorsolombaires sont en amélioration et qu'il y a rémission complète des métastases osseuses et hépatiques obtenue par le traitement de Femara et d'Herceptin. Il y a donc amélioration, on ne peut pas parler de stabilité.

3. Nous nous sommes prononcés sur ce problème (cf point 1).

4. S'il est nécessaire de considérer les dires de l'assurée, il faut remarquer que les troubles du sommeil sont en amélioration, qu'ils ne sont pas dus à un problème thymique, et que la fatigabilité a été prise en compte dans la limitation d'une capacité de travail à 50%,

tenant compte de la baisse de rendement. Enfin, il n'y a pas d'anémie pouvant expliquer cette fatigabilité. S'il est possible qu'une fibromyalgie avec la présence des douleurs augmente cette fatigabilité, ceci a été pris en compte par l'évaluation de la capacité de travail.

5. Nous n'avons pas à nous prononcer sur les éléments économiques. »

b) Pour sa part, le service de réadaptation a rédigé le 4 juin 2012 une note de suivi libellée en ces termes:

« (...) Selon le rapport REA du 21.11.2011, l'assurée indique que si le montant de la rente sera réduit, elle trouvera davantage d'heures de cours à donner à l'Ecole E._____ ou dans d'autres entreprises (A._____ par exemple). Par ailleurs, le rapport confirme qu'au vu de la situation de l'assurée, aucune mesure professionnelle ne peut réduire le préjudice économique.

Questions en cours

1. Calcul économique: en lien avec le calcul du préjudice établi dans le rapport du 21.11.2011 se basant sur l'activité habituelle d'enseignante informatique, l'avis juriste soulève la question du RS [revenu sans invalidité, réd.] et RI [revenu d'invalidé, réd.] pour cette situation. Il préconise, en raison d'une hypothétique employabilité à 100% en tant qu'enseignante informatique à 100%, un calcul se basant sur une activité d'employée de commerce selon les statistiques. Nous pouvons relever que l'assurée n'a pas exercé l'activité d'employée de commerce depuis 1995 et qu'une mise à jour des compétences, pour autant que cela soit possible, semble nécessaire. Après analyse de la situation, l'activité d'enseignante informatique est raisonnablement exigible pour cette assurée. En effet, il est réaliste de pouvoir trouver sur le marché du travail un emploi dans cette activité chez un ou plusieurs employeurs (centres de formation, école professionnelle, grandes entreprises). Par conséquent, les conclusions du rapport REA susmentionné restent valables.

2. Démarches REA: au vu de ce qui précède, aucune MOP [mesure d'observation professionnelle, réd.] ne pourra réduire le préjudice économique. Par conséquent, nous pouvons soutenir l'assurée par une aide au placement (avec questionnaire à 30 jours) pour la recherche d'heures supplémentaires dans son activité d'enseignante informatique.

Conclusions: au vu de ce qui précède, nous pouvons dès lors clore le dossier en ce qui concerne le service REA pour instruire sur le droit à la rente et proposer une aide au placement. »

c) Dans une lettre du 31 août 2012 à l'ancien conseil de l'assurée, le juriste de l'office AI a opéré la synthèse suivante:

« Le 6 janvier 2012, nous avons fait parvenir à notre assurée susmentionnée un projet de diminution de rente (passage d'une rente entière à une demi-rente), considérant que son taux d'invalidité était désormais de 50%, sa capacité de travail s'étant améliorée.

Par courrier du 17 février 2012, vous avez contesté notre position au plan médical avant tout, remettant notamment en question la valeur probante de l'expertise du Dr W._____.

Vos arguments d'ordre médical ont été soumis à deux reprises au Service médical régional AI (SMR) pour analyse; nous nous référons dès lors expressément aux avis médicaux des 16 mars et 15 mai 2012 ci-joints.

Outre les éléments mentionnés dans ces deux avis, nous tenons à préciser que la jurisprudence dite de l'égalité des armes que vous citez dans votre lettre de contestation n'est pas applicable en l'espèce; notre position se fonde en effet sur le rapport d'expertise d'un médecin indépendant, et non d'un médecin interne à notre assurance.

Votre cliente a d'autre part eu la possibilité de faire valoir d'éventuels motifs de récusation suite à notre communication du 30 septembre 2010.

S'agissant de la valeur probante de l'avis du Dr M._____, oncologue-traitant, nous remarquons que ce médecin justifie l'incapacité de travail très importante qu'il retient en se fondant sur les plaintes de sa patiente, et non sur des éléments objectifs. Dans son courrier du 3 février 2012 à votre intention, il déclare que « la patiente indique que les troubles du sommeil, la fatigabilité augmentée, ne lui permettent pas de reprendre une activité professionnelle à 50%. Il est évidemment impossible de confirmer ou d'infirmes ses dires. » Il ne dit pas autre chose dans son courrier du 15 février 2012 en indiquant que « Madame U._____ se plaint depuis 2004 d'une asthénie et d'une fatigue incompatibles avec la reprise d'une activité professionnelle ».

Ce médecin précise d'autre part que le traitement est bien toléré et efficace, même s'il peut entraîner une certaine fatigabilité augmentée et des troubles du sommeil. La référence à des statistiques ne nous amène rien de plus puisque l'expert ne remet pas en question les symptômes annoncés par notre assurée, mais estime qu'une capacité de travail partielle est exigible malgré la fatigue.

En outre, l'expert a pris en considération l'ensemble des pathologies ainsi que les effets des médicaments, et a tenu compte des plaintes de Mme U._____.

Compte tenu de ce qui précède, nous considérons que l'expertise du Dr W._____ revêt une pleine valeur probante, et qu'elle doit être préférée à l'avis peu motivé du Dr M._____.

Notre assurée présente donc une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle d'enseignante en informatique, et sa perte de

gain se confond par conséquent avec la diminution de sa capacité de travail.

Nous relevons encore que votre cliente effectue toujours quelques heures hebdomadaires d'enseignement de l'informatique actuellement, et il est donc faux de prétendre qu'elle ne travaille plus depuis 2004. Quant à son âge, il est nettement trop éloigné de l'âge AVS pour que l'on puisse faire application de la jurisprudence sur les assurés proches de l'âge de la retraite.

En conclusion, nous ne pouvons que maintenir notre position; vous recevrez dès lors prochainement une décision formelle de diminution de rente conforme à notre projet et sujette à recours.

Notre assurée a en revanche droit à une aide au placement destinée à la soutenir dans ses recherches d'emploi, pour autant qu'elle le souhaite; une communication d'octroi de cette prestation vous sera prochainement notifiée. »

Le 9 octobre 2012, l'office AI a fait savoir à l'assurée que les conditions d'une aide au placement étaient remplies, ce qui lui donnait droit à une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi.

d) Par décision formelle du 22 octobre 2012 intitulée « Diminution du degré d'invalidité de l'ayant droit », (une décision précédente du 18 septembre 2012 prononçant une réduction à une demi-rente d'invalidité ayant été annulée), l'office a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux de 50%, à compter du 1^{er} décembre 2012.

E. Par acte du 5 novembre 2012, U._____ a recouru contre cette décision en concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité, dès et y compris le 1^{er} novembre 2012, basée sur un degré d'invalidité de 100%. A titre subsidiaire, elle a demandé l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que les conditions d'une révision ne sont pas réunies et explique que son état de santé ne se serait pas amélioré mais serait au contraire resté stable depuis la décision du 16 mars 2006 lui allouant une rente entière d'invalidité. Elle soutient en outre que les conditions d'une reconsidération

ne sont pas remplies, faute pour cette décision de revêtir un caractère manifestement erroné. En annexe à son écriture, la recourante a produit un bordereau de pièces contenant notamment un rapport du Dr M. _____ du 23 octobre 2012. Celui-ci y répondait en ces termes aux questions du conseil de la recourante, sans toutefois en rappeler la teneur:

« 1. Globalement l'état de santé de Mme U. _____ est stable. Il n'y a pas d'évidence clinique ni aux derniers examens radiologiques (juin 2012) d'évolution défavorable. La patiente a présenté un zona thoracique en août 2012 dont elle a récupéré.

2. Le traitement de Mme U. _____ n'a pas été modifié.

3. Il n'existe pas de condition médicale nouvelle empêchant Mme U. _____ de reprendre une activité professionnelle. Il n'existe toutefois pas d'amélioration depuis février 2012. L'absence d'activité professionnelle durant une longue période (chez Mme U. _____ depuis novembre 2004) aboutit toutefois à un déconditionnement qui ne facilite pas la reprise d'une activité professionnelle.

4. Un spécialiste en médecine interne est à même d'évaluer l'état de santé et sa répercussion sur sa capacité de travail comme un autre spécialiste. Toutefois, lorsque les plaintes consistent en une fatigabilité augmentée, les éléments qui permettent de définir objectivement la capacité de travail manquent et font appel à la subjectivité de l'examineur. Toutefois, dans l'avis médical du Dr R. _____, il est faux de prétendre que les internistes connaissent les médicaments oncologiques reçus par leur patiente tant qu'ils restent leur médecin de premier recours en cas d'urgence. L'expérience montre que les médecins internistes n'en ont souvent qu'une connaissance fragmentaire et imparfaite. En effet, je me demande combien les Dr R. _____ et W. _____ suivent de patientes traitées par de l'Herceptin et du Femara, le nombre est certainement bien en-dessous du nombre nécessaire pour se faire une idée de la pénibilité des traitements. Dans la mesure où l'incapacité de travail repose sur une fatigabilité augmentée, que celle-ci est très difficile à chiffrer, il n'est toutefois pas certain qu'une expertise effectuée par un spécialiste en oncologie produise un résultat différent.

5. L'expertise réalisée par le Dr W. _____ est fouillée (20 pages), médicalement convaincante. Toutefois, les motifs qui permettent d'indiquer que la capacité de travail de Mme U. _____ est de 50% et non de 90% ou de 10% n'apparaissent pas, car subjectifs.

Ces motifs font appel à la subjectivité de l'examineur et je ne connais pas de critères objectifs qui permettent d'estimer une capacité de travail chez un patient qui se plaint d'une fatigabilité augmentée qui l'oblige, par exemple, à répartir sur toute une semaine par tranche de 20 minutes, des tâches ménagères autrefois effectuées en 1h 30 / 2 h. Pour ma part, dans cette situation, je ne vois pas d'autre façon que de croire le patient. Mme U. _____ est motivée à reprendre une activité professionnelle. Par ailleurs,

j'aimerais rappeler au Dr R. _____ qu'un cancer du sein métastatique est une maladie par définition incurable, que Mme U. _____ bénéficie d'une excellente rémission par un traitement qui peut occasionner une asthénie chez 45% des patientes. Il est donc faux d'estimer que l'état de santé de Mme U. _____ s'est amélioré.
»

Dans une lettre du 23 octobre 2012, le Dr M. _____ interpellait directement le Dr R. _____ en lui demandant de se prononcer, d'une part, sur les effets des médicaments oncologiques sur la capacité de travail de patients faisant l'objet de thérapies ciblées et, d'autre part, sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée.

A sa réponse du 14 janvier 2013, l'office AI a joint un avis médical du 18 décembre 2012, dans lequel le Dr R. _____ a pris position en ces termes à propos de cette lettre:

« Nous avons pris connaissance de la lettre du Dr M. _____ du 23.10.2012. Deux points sont abordés, nous les traiterons comme suit:

- *"Se demander combien de patients j'ai suivi personnellement ces dernières années, traités par des thérapies ciblées et indiquer le pourcentage de ceux qui s'estimaient trop fatigués à chaque traitement pour reprendre le travail"*, se situe en dehors du champ de l'expertise et consiste en une tentative de dévalorisation étonnante des compétences du médecin interniste généraliste quel qu'il soit. Nous n'avons donc pas à y répondre mais pouvons remarquer que cette problématique a été considérée par le monde médical en 2006 (...) et a débouché sur la tenue de "journées du cancer" telle que celle du 16.11.2006. Par ailleurs, si, selon l'expérience du Dr M. _____, *"la connaissance des effets [des] médicaments oncologiques est en général lacunaire ou extrêmement déficiente chez les internistes"*, il s'agit d'une prise de position toute personnelle qui ne correspond pas au but de la formation post graduée des médecins internistes-généralistes (...) telle qu'elle est exprimée dans leur périodique Primary Care. L'accès au logiciel de médicament Documed et la connaissance des interactions médicamenteuses annuellement renouvelée par divers outils à disposition permet de parfaire leur compétence. Nous sommes donc ici en face d'une réaction de médecin traitant, qui traduit de manière vive l'empathie qu'il témoigne vis-à-vis de son patient et que nous saluons en tant que telle, mais qui ne s'inscrit pas dans une appréciation asséculologique.

- Dans son second paragraphe, le Dr M. _____ conteste qu'il n'y ait pas d'amélioration, mais seulement une stabilisation. Le fait qu'il décrive ensuite une excellente rémission constitue en soi-même une amélioration. Du reste, dans son rapport du 21.09.2010, le Dr M. _____ signalait: *"la patiente va assez bien. Les douleurs*

dorsolombaires dont elle se plaignait sont en amélioration sous un traitement de physiothérapie". On ne peut donc parler de stabilisation, ce qui aurait été le cas de non régression des métastases osseuses et hépatiques, qui sont en rémission complète secondairement au traitement efficace du Dr M._____.

Ce rapport était connu du Dr W._____ lors de l'élaboration de son expertise. Il a donc tenu compte, dans les circonstances de l'expertise, de l'avis du Dr M._____, 5^{ème} paragraphe page 3/20, et a basé son évaluation sur ses observations bien détaillées quant au degré d'incapacité de travail au point 2.6 page 19/20 de son expertise. Relevons les dires de l'expert dans ce paragraphe: "*nous avons estimé en effet, rétrospectivement et au vu de l'évolution favorable confirmée par le Dr M._____, qu'il existait une exigibilité à 50% durant l'année 2010.*"

Le Dr Q._____, médecin SMR et le Dr B._____, responsable à l'époque du team vaudois, se sont prononcés, dans leur avis du 16.03.2012, dans le même sens. Rappelons, dans cet avis, que le Dr M._____ attestait un état de santé stable de son assurée depuis décembre 2009, que les plaintes retenues de fatigabilité augmentée, trouble du sommeil et douleurs dorsales, étaient identiques à celles décrites par l'expert, le Dr W._____ et que sur le plan médical, le Dr M._____ n'apportait aucun élément médical nouveau. Seule a divergé son appréciation de la capacité de travail qu'il fixait au maximum à 10%, sans qu'aucune aggravation de l'état de santé de la patiente ne soit avérée depuis l'expertise du Dr W._____. Il s'agit donc d'une appréciation différente d'une même situation.

Faute de fait nouveau, nous ne pouvons que confirmer les rapports et avis précédemment émis. »

Sur la base de cet avis, l'office AI a considéré que le Dr M._____ n'avait apporté aucun élément médical nouveau, de sorte que les conclusions précédemment émises demeuraient valables. En outre, conformément à la réglementation applicable, il a mis en œuvre une révision d'office au 1^{er} novembre 2009, diligentant dans ce cadre une expertise auprès du Dr W._____, dont le rapport pouvait se voir reconnaître une entière valeur probante au regard des différents éléments y figurant (historique médical et déclarations de l'assurée notamment). En conclusion, l'intimé a proposé le rejet du recours et la maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 21 février 2013, la recourante fait grief à l'office AI de ne pas s'être prononcé sur les conditions légales d'une révision. Il n'a en particulier rien dit de la comparaison de l'état de fait prévalant entre le 21 novembre 2005 (date du préavis initial) et celui

existant le 29 octobre 2012 (date de la décision dont est recours). Elle estime en outre que, faute d'une spécialisation en oncologie, le Dr R._____ est moins bien placé que le Dr M._____ pour apprécier la capacité de travail d'une assurée atteinte d'un cancer. Renvoyant pour le surplus à son mémoire de recours, elle en confirme l'intégralité des conclusions.

Dupliquant le 19 mars 2013, l'office AI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) L'objet d'un recours est circonscrit par la décision attaquée. Le juge ne peut ainsi entrer en matière – et le recourant ne peut présenter de griefs – que sur les points tranchés par cette décision (ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Aux termes de la décision du 22 octobre 2012, le litige porte sur la réduction, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière allouée depuis le 1^{er} novembre 2005 à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012. En d'autres termes, il y a lieu de déterminer si – et dans l'affirmative à partir de quand – l'état de santé de la recourante a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

3. a) L'assuré a droit à une rente d'invalidité 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c; art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 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 al. 1 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'évaluation du taux d'invalidité a, en principe, lieu par une comparaison du revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui (cf. art. 28a LAI et 16 LPGA).

b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision

litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss; TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

c) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_794/2012 du 4 mars 2013 consid. 2.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 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 dûment 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 p. 352 et les références; TF 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4). S'agissant enfin des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3).

4. a) En l'espèce, l'office AI s'est fondé sur le rapport du Dr M. _____ du 31 août 2005 pour octroyer à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2005 (décision du 16 mars 2006). Celui-ci faisait alors état d'une récupération extrêmement lente de la

fatigue liée à la radiothérapie et à la chimiothérapie utilisées dans le traitement des cancers présentés par la recourante. A cela s'ajoutaient des troubles du sommeil. Le Dr M._____ avait retenu une incapacité totale de travail à compter du 24 novembre 2004. La reprise d'une activité professionnelle n'était dès lors pas envisageable, même si une évolution favorable accompagnée d'une rémission partielle avait d'ores et déjà été observée.

Procédant en novembre 2009 à la révision d'office de la rente allouée, l'office AI a requis divers renseignements médicaux et économiques.

b) Dans le formulaire pour la révision de la rente complété le 19 décembre 2009, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté le même, ce que le Dr M._____ a confirmé en date du 19 janvier 2010, en mentionnant une « évolution actuellement stable ». Bien plus, il a relevé le 21 septembre 2010 que la patiente allait assez bien et que les douleurs dorso-lombaires dont elle se plaignait étaient en amélioration sous un traitement de physiothérapie. Aucun symptôme respiratoire ou digestif nouveau n'était par ailleurs observé. Partant, il concluait à une rémission complète des métastases osseuses et hépatiques. Le SMR a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise afin d'apprécier la capacité de travail actuelle de l'assurée, dans son métier ou dans une activité adaptée, ainsi que ses limitations fonctionnelles. Signalant également une amélioration constatée par l'assurée elle-même depuis 2009, l'expert W._____ a retenu dans son rapport du 22 décembre 2010 un bon état général à l'issue de l'examen clinique. Hormis une fibromyalgie sans incidence sur la capacité de travail, l'expert n'a pas constaté de lymphoedème, d'organomégalie, d'adénopathie ou de douleurs à la percussion osseuse. Les seins étaient sans particularité et l'examen de l'appareil locomoteur n'a pas mis en évidence de limitation fonctionnelle. Quant aux examens de laboratoire, ils ne révélaient ni signe inflammatoire, ni anémie. Rendant compte des plaintes de l'assurée induites par le traitement de Femara-Herceptin, telles qu'une asthénie, des douleurs articulaires et des troubles du sommeil, le Dr W._____ a

estimé que ces facteurs conduisaient à une perte de rendement. Il a ainsi considéré que la capacité de travail de l'intéressée était de 50%, dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles énoncées (pas de port de charges supérieures à 10 kilos, pas d'activités exercées les bras tenus en hauteur ni utilisant le bras droit en pince avec le thorax, pas de mouvements répétitifs soutenus de la main droite). L'environnement professionnel devait en outre être propre et exempt d'exposition aux intempéries. A cet égard, l'activité d'enseignante était considérée comme adaptée.

En procédure administrative, l'assurée a critiqué la capacité de travail retenue par l'office AI dans son préavis du 6 janvier 2012 sur la base de l'expertise du Dr W._____. A l'appui de ses allégations, elle a produit deux rapports du Dr M._____. Le premier, daté du 3 février 2012, faisait état d'une « évolution favorable avec la disparition des signes radiologiques et biologiques de métastases ». Le médecin prénommé concédait toutefois qu'il n'était pas en mesure de confirmer ou infirmer les dires de l'assurée, selon lesquels les troubles du sommeil et la fatigabilité augmentée ne lui permettaient pas de reprendre une activité professionnelle. Cependant, le 15 février 2012, sans remettre en cause les constatations figurant dans son rapport précédent, il estimait que la fatigue et l'asthénie causées par le traitement de Femara-Herceptin excluait toute capacité de travail supérieure à 10%. Néanmoins, en l'absence d'élément médical nouveau, l'office AI a entériné l'appréciation du Dr W._____, ce qui l'a conduit à prononcer la réduction à une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2012 de la rente entière d'invalidité servie jusqu'alors.

c) La recourante conteste que les conditions d'une révision soient réunies. En d'autres termes, elle estime que son état de santé n'a pas changé depuis la décision du 16 mars 2006 lui octroyant le droit à une rente entière d'invalidité, de sorte que cette prestation devrait être maintenue. Pour l'essentiel, elle reproche à l'office intimé d'avoir retenu l'existence d'une évolution favorable, justifiant la réduction de la prestation servie. Cette argumentation ne saurait être suivie.

Le diagnostic de carcinome lobulaire invasif du sein droit a été posé le 27 décembre 2002. Par la suite, au mois de novembre 2004, dans le cadre d'investigations en raison de douleurs latéro-thoraciques gauches, des métastases hépatiques et une métastase de la quatrième côte à gauche ont été mises en évidence. Depuis lors, aucune autre tumeur n'a été détectée. Bien plus, dès 2005, le Dr M._____ a observé une évolution favorable grâce à une chimiothérapie de Taxol-Herceptin avec obtention d'une bonne rémission partielle. Si ce praticien qualifie l'évolution de stable sans signe de poursuite évolutive dans son rapport du 19 janvier 2010, il évoque une rémission complète des métastases osseuses et hépatiques quelques mois plus tard (rapport du 21 septembre 2010). Ces progrès sont du reste confirmés par la recourante elle-même lors de l'expertise réalisée par le Dr W._____ en décembre 2010, à qui elle fait part d'une amélioration d'ensemble de son état, en particulier depuis 2009. Sur le vu des clichés radiologiques effectués dans le cadre de cette expertise, le Dr W._____ retient également une évolution oncologique favorable (p. 15). La dernière scintigraphie osseuse de mars 2010 est sans lésion. Une mammographie réalisée à la même époque est sans particularité et un ct-scan thoraco-abdominal effectué en septembre 2010 ne montre pas de lésion suspecte. La tendance constatée se poursuit puisque, dans son rapport du 3 février 2012, le Dr M._____ retient une évolution favorable avec la disparition des signes radiologiques et biologiques des métastases. Ce n'est que dans son dernier avis, du 23 octobre 2012 (pièce produite par la recourante), qu'il signale une stabilisation de l'état de santé de la recourante, ajoutant qu'il n'y a pas d'évidence clinique ni aux derniers examens radiologiques (du mois de juin 2012) d'évolution défavorable. Or, il ne saurait y avoir de stabilisation en présence d'une rémission complète des métastases osseuses et hépatiques. Une stabilisation n'aurait été envisageable qu'en cas de non régression de la tumeur. Telle n'est cependant pas la conclusion découlant des investigations radiologiques effectuées. De surcroît, le Dr M._____ n'avance aucun élément médical nouveau, susceptible d'expliquer son appréciation. Il ne fait en particulier état d'aucune aggravation, une évolution défavorable étant même expressément niée. Certes, il relève

dès 2005 que l'assurée se plaint de fatigue liée à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Or, selon le Dr W._____, cette fatigue est inséparable du traitement dont la recourante fait l'objet. A cet égard, il mentionne également des troubles du sommeil, des douleurs articulaires ainsi qu'une asthénie. Si de tels symptômes sont toujours évoqués par le Dr M._____ dans son avis du 3 février 2012, ils n'infirmement toutefois pas une évolution oncologique favorable.

Celle-ci a été constatée tant par le Dr M._____ que par le Dr W._____. En outre, ces deux praticiens retiennent les mêmes plaintes de la part de la recourante. Le tableau médical objectif et subjectif est donc superposable dans une large mesure. Pour autant, leur appréciation de la capacité de travail diverge. Sur ce point, le Dr M._____ oppose sa propre appréciation à celle du Dr W._____, respectivement de l'office AI. Outre que ses critiques à l'endroit du Dr R._____, médecin auprès du SMR, apparaissent dénuées de fondement en tant qu'elles ne s'inscrivent pas dans une appréciation assécurologique, on peine à saisir pour quel motif il considère que la capacité de travail de la recourante n'excède pas 10%. En effet, alors que dans son rapport du 3 février 2012, il estime que la difficulté alléguée par la recourante de reprendre une activité professionnelle à 50% en raison de sa fatigue et de ses troubles du sommeil ne peut être ni infirmée, ni confirmée, il est par la suite d'avis que l'asthénie et la fatigue sont incompatibles avec un taux d'activité supérieur à 10%. Il confirme son point de vue dans son rapport du 23 octobre 2012 (pièce produite par la recourante), en précisant s'être fondé sur les dires de sa patiente. Son évaluation apparaît dès lors entachée de subjectivité, ce qui se conçoit aisément au vu de sa position de médecin traitant. Or, la jurisprudence impose la plus grande retenue dans l'appréciation de l'avis du médecin traitant, au regard des liens de confiance unissant ce dernier à son patient (cf. consid. 3c supra). De surcroît, les derniers avis émis par le Dr M._____ relativisent ses constatations précédentes et s'écartent des pièces médicales versées au dossier, sans pour autant fournir d'explication médicale objective suffisamment étayée apte à emporter la conviction. Leur valeur probante paraît par conséquent singulièrement réduite.

d) Tel n'est en revanche pas le cas de l'expertise du Dr W._____. Son rapport procède d'une étude approfondie du cas de la recourante, ne contient aucune contradiction interne, reprend l'anamnèse et répond clairement et de façon convaincante à toutes les questions utiles au sort du litige. Conforme aux critères dégagés par la jurisprudence, il peut ainsi se voir reconnaître une entière valeur probante (cf. supra consid. 3c). D'après les conclusions du Dr W._____, une évolution favorable peut donc être tenue pour vraisemblable entre le 16 mars 2006 et la date de la décision dont est recours. Par ailleurs, celle-ci justifie selon lui une capacité de travail de 50% dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles énoncées, comme celle d'enseignante, dont le caractère adapté n'est contesté ni par le Dr M._____ ni par la recourante. En retenant ce taux, l'expert tient compte du fait que la recourante, contrairement à ce qu'affirme le Dr M._____, a repris son travail d'enseignante à la fin du mois d'octobre 2008. Elle travaille certes à un horaire irrégulier inférieur à l'horaire normal pratiqué par son employeur, mais cela s'explique surtout par le fait qu'il s'agit d'un travail réalisé sur mandat. Quand bien même le taux de 50% lui paraît élevé, la recourante répond aux mandats qu'on lui propose et se déclare prête à trouver davantage d'heures de cours pour atténuer un éventuel manque à gagner sur le plan financier, voire à œuvrer au service d'autres employeurs afin d'augmenter ses gains. Dès lors que l'incapacité de travail n'est pas due à la maladie comme telle, mais découle en grande partie du traitement administré, le Dr W._____ a tenu compte dans son appréciation du fait que le traitement anti-cancéreux, en particulier sous forme de Femara-Herceptin, induisait des effets en termes de fatigue, de troubles du sommeil, d'asthénie et de douleurs articulaires. Si le Dr M._____ admet certes une amélioration des douleurs dès 2010 sous physiothérapie, l'incapacité de travail résulte plutôt de l'asthénie découlant de la poursuite du traitement que des douleurs comme telles, lesquelles n'apparaissent du reste pas au premier plan des plaintes de l'assurée. Certes, on pourrait s'étonner que l'expert W._____ ait diagnostiqué une fibromyalgie, vu le contexte d'un cancer du sein métastatique, considéré par la science médicale comme incurable. Il n'en

reste pas moins que l'évaluation du Dr W._____, qui tient compte des problèmes évoqués de la recourante et de son traitement, emporte la conviction, de sorte qu'elle doit être confirmée. Le Tribunal fédéral a exposé que les fatigues liées au cancer et à son traitement (Cancer-related Fatigue) pouvaient avoir des répercussions sur la capacité de travail, tout en admettant une capacité de travail résiduelle de 50% (cf. ATF 139 V 346 = TF 8C_32/2013 du 19 juin 2013 avec l'état de fait non publié au recueil officiel).

Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles formulées par le Dr W._____, lequel considère que l'activité habituelle d'enseignante en informatique répond à ces exigences. Dès lors que, sous réserve de la capacité de travail résiduelle, l'activité exercée précédemment n'est pas contre-indiquée, l'office AI pouvait se dispenser de procéder à une analyse économique. Eu égard au fait que la recourante s'était déclarée prête à travailler à 100% si elle était en bonne santé, il suit de là que la perte de gain subie se confond avec la diminution de la capacité de travail (cf. art. 28a al. 1 LAI et 16 LPGa). C'est donc à juste titre que l'intimé a prononcé la réduction à une demi-rente de la rente entière d'invalidité, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision querellée du 22 octobre 2012, soit en l'espèce le 1^{er} décembre 2012 (cf. art 88 bis al. 2 let. a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). On précisera encore que les considérations qui précèdent ne préjugent en rien de la situation future de la recourante. Celle-ci conserve évidemment la faculté de déposer une nouvelle demande de prestations en fonction de l'évolution de son état de santé postérieurement à la date de la décision attaquée, donnant lieu ainsi à une nouvelle appréciation de sa situation médicale et personnelle.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault, avocate (pour U. _____),
- 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 :