

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Pasche, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

P. _____, à Lausanne, recourante, représentée par CAP Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 LPGA ; art, 28 al. 1 LAI ; art. 88a et 88bis
RAI**

E n f a i t :

A. P._____, née en [...], a travaillé du 13 avril 2001 au 30 novembre 2006 à plein temps comme cheffe de service pour le compte de la Brasserie W._____ à V._____. En incapacité de travail à 100% depuis le 31 octobre 2005, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 22 mars 2006, au motif qu'elle souffrait d'ostéonécrose et d'arthrose à la hanche gauche, ainsi que de problèmes osseux aux deux pieds. Elle a précisé avoir bénéficié d'une prothèse totale de la hanche droite.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée. Compte tenu des informations obtenues, il a ensuite mis en œuvre une expertise, qu'il a confiée au Dr F._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne.

Dans son rapport du 7 septembre 2007, le Dr F._____ a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervico- et lombo-vertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (périarthropathies de hanche d'accompagnement bilatéraux, minime discopathie L5-S1 et minime scoliose sinistro-convexe lombaire), de fibromyalgie avec diminution du seuil de tolérance à la douleur et de douleurs de l'avant-pied droit récurrentes modérées (status post ostéotomie de scarf des deux pieds en 2002, status post maladie de Südeck du pied droit en 2002, status post cure de pseudarthrose du 1^{er} métatarsien gauche et prise de greffe en crête iliaque le 20 février 2006, status post 2^{ème} cure de pseudarthrose gauche avec greffe osseuse puis fixation par vis et plaque le 31 octobre 2006). Au titre des atteintes sans effet sur la capacité de travail, le Dr F._____ a fait état d'un colon irritable, d'une hernie discale, d'un syndrome anxio-dépressif probable, d'un status post hémorroïdectomie en 1991 et d'un status post prothèse totale de la hanche droite pour ostéonécrose des deux hanches en 1998

(status post-arthroscopie de hanche gauche le 31 octobre 2005). Le Dr F._____ a indiqué que l'assurée avait cessé son activité de cheffe de service le 31 octobre 2005. Il a également relevé que le 15 juin 2007, le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, avait estimé que la pseudarthrose était consolidée et constaté que la symptomatologie s'était estompée. S'agissant des effets de ces pathologies sur la capacité de travail, l'expert s'est exprimé en ces termes :

« Du point de vue qualitatif :

L'assurée présente une limitation concernant les ports de charges avec longs bras de levier et en porte-à-faux et au-dessus de l'horizontale de plus de 5 kg, les longs déplacements de plus de 20 minutes.

Du point de vue quantitatif :

Sa capacité de travail dans son ancienne activité de chef de service, estimant qu'elle doit parfois « boucher des trous », et effectuer des ports de charges avec long bras de levier répétitifs et des longs déplacements, sa capacité de travail est estimée à 50%, mais devrait être augmentée de 10% à 20% tous les mois.

Cependant, dans une activité adaptée, par exemple comme vendeuse d'articles légers, sa capacité de travail pourrait être estimée à 80% voire plus une fois d'ici 3 mois, une fois la prise en charge thérapeutique décrite ci-dessus bien conduite. »

Le Dr F._____ a précisé que l'assurée avait subi une deuxième cure de pseudarthrose le 31 octobre 2006, ayant induit une totale incapacité de travail, mais que six mois après l'opération, une reprise de travail progressive aurait pu être exigée.

Dans un avis du 21 novembre 2007, le Dr R._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé des cervicalgies et dorsolombalgies chroniques non déficitaires (M54.62), précisant que ce diagnostic englobait l'ensemble des empêchements décrits par l'expert F._____ et les médecins de l'assurée. L'expertise faisant état d'une consolidation de la pseudarthrose le 15 juin 2007, le Dr R._____ a considéré qu'à cette date, l'état de santé de l'assurée était stabilisé. Il a en outre estimé que, dans son activité habituelle, l'assurée présentait une incapacité de travail à 100% dès le 31 octobre 2005, puis à 50% dès le 16 juin 2007. Par

contre, également dès le 16 juin 2007, l'intéressée disposait d'une capacité de travail de 80%, incluant une possible baisse de rendement, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de ports de charges de plus de 5kg avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de longs déplacements de plus de vingt minutes, pas de travail à genou et/ou en station accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexions-rotations répétées du tronc, pas de travail en hauteur ou sur échelle et pas d'usage fréquent d'escaliers. L'assurée devait également pouvoir s'asseoir chaque vingt minutes.

L'assurée a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) au 1^{er} métatarsien gauche le 27 juin 2008. Aux termes d'un rapport du 22 août 2008, le Dr J._____, médecin adjoint au Département de l'appareil locomoteur du X._____, a posé le diagnostic de status post AMO du 1^{er} métatarsien gauche. Bien que l'intervention ait amélioré l'état de la patiente, elle conservait des douleurs importantes en infra-malléolaire externe. Le Dr J._____ a estimé que l'assurée ne pouvait pas reprendre son activité dans la restauration, et devait se limiter à des activités sédentaires, voire en position alternée.

Dans un rapport du 21 novembre 2008 à l'OAI, le Dr N._____ a estimé que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière depuis le 3 novembre 2007, dans une activité adaptée.

Dans un avis du SMR du 22 février 2010, les Drs S._____ et T._____ ont retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, justifiée par une baisse de rendement de 20%, selon les conclusions du Dr F._____. Ils ont estimé que l'intervention chirurgicale du 27 juin 2008 avait entraîné une incapacité de travail totale de huit semaines au plus.

Par quatre décisions du 12 novembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée :

- une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2006 au 30 novembre 2007 (invalidité 100%),

- une demi-rente du 1^{er} décembre 2007 au 31 août 2008 (invalidité 50%),
- une rente entière du 1^{er} septembre au 30 novembre 2008 (invalidité 100%),
- et une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2008 (invalidité 51%).

Ces décisions, non contestées, sont entrées en force.

B. Le 21 décembre 2011, P._____ a sollicité la révision de son dossier, en raison d'une détérioration de son état de santé.

Dans un rapport du 7 février 2012 à l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après carcinome lobulaire *in situ* du sein droit, suivi de radiothérapie (juillet 2011), de lymphoedème du membre supérieur droit, consécutif au curage ganglionnaire axillaire (juillet 2011), de lombalgies sur discopathie L3-L4, arthrose postérieure L2-L3, L3-L4 et L4-L5 (2006, avec aggravation en 2010), d'état anxiodépressif (réactivé en juillet 2011), de status après syndrome de dépendance aux jeux de hasard et d'argent (en 2006), de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du premier métatarsien gauche (le 27 juin 2008), de status après greffe osseuse du premier orteil gauche (en avril 2006), de status après ostéosynthèse du premier orteil gauche (le 28 novembre 2005), de status après prothèse totale de hanche droite (en 2002), de status après cure chirurgicale d'hallux valgus bilatéral (en novembre 2002), de status après arthroscopie de hanche droite pour souris articulaire et forage de la tête fémorale (nécrose de la tête fémorale droite ; le 28 mars 2000), et de syndrome des mouvements périodiques des jambes en cours du sommeil (novembre 2005). Le Dr Z._____ a observé que le curage ganglionnaire avait entraîné un lymphodème relativement modéré du membre supérieur droit, se manifestant par des troubles sensitifs associés et une faiblesse du bras droit. Sa patiente rencontrait de ce fait des difficultés à mobiliser ce membre dominant. Le médecin traitant a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité

habituelle depuis juillet 2011. Au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué ce qui suit :

« Madame P. _____ ne peut pas porter de charges, ne peut pas rester debout longtemps, les douleurs sont accentuées avec la marche. Assise, elle doit changer de position toutes les 20 minutes environ pour soulager les lombalgies. Elle ressent, par ailleurs, une maladresse certaine liée au problème de lymphoedème du membre supérieur droit. Enfin, l'état dépressif interfère avec les capacités professionnelles, les capacités de contacts sociaux, etc. ».

Renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire pour la révision de rente, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était surtout aggravé depuis juillet 2011, des suites de ses opérations du sein des 20 juillet 2011 et 25 août 2011. Elle a précisé qu'elle n'avait pas travaillé depuis qu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, qu'elle rencontrait des difficultés à faire le ménage et les commissions, et qu'elle devait souvent s'arrêter pour se reposer.

Dans un rapport du 25 mars 2012 à l'OAI, le Dr M. _____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 27 janvier 2012, a indiqué que sa patiente souffrait depuis 2005 d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), provoquant une totale incapacité de travail dans toute activité. L'intéressée lui avait été adressée par son médecin traitant, pour un état dépressif plus marqué depuis la découverte et le traitement d'un cancer du sein, en juillet 2011. Elle donnait l'impression d'une personne fixée dans sa problématique et incapable de dépasser le choc causé par sa maladie somatique. La perte de son travail en 2006 l'avait déjà profondément touchée, vu sa valorisation par le travail, et le cancer avait réactivé cette problématique de perte. Au chapitre des limitations fonctionnelles, le Dr M. _____ a retenu les éléments suivants :

« La symptomatologie dépressive entraîne des limitations fonctionnelles du fait de l'inhibition, du manque d'énergie, des troubles de la concentration ainsi que d'un sentiment de perte d'estime, d'échec et de bilan négatif. La patiente a un sentiment d'injustice en raison de son cancer du sein. Elle est pessimiste face à l'avenir, a développé une cancérophobie et a la conviction que sa vie professionnelle est terminée. Ces symptômes sont responsables d'une incapacité de travail de 100% ».

Selon un rapport du 3 avril 2012 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en gynécologie, a posé le diagnostic de cancer du sein depuis le 20 juillet 2011. L'assurée avait bénéficié d'un traitement chirurgical les 20 juillet et 25 août 2011, de radiothérapie et d'hormonothérapie. Elle avait développé une réaction actinique importante à la radiothérapie. Le traitement se poursuivait sous forme de physiothérapie et de traitement de la peau. Le Dr C._____ renvoyait au Dr M._____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail.

Dans un rapport du 30 août 2012 à l'OAI, le Dr M._____ a confirmé ses constatations du 3 avril 2012, précisant que l'état clinique de sa patiente était superposable à celui prévalant en mars 2012.

Selon un rapport du 1^{er} octobre 2012 à l'OAI, le Dr Z._____ a signalé, en sus des diagnostics posés le 7 février 2012, des douleurs à la hanche gauche, dont l'investigation avait été confiée au rhumatologue D._____.

Sur avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire en médecine interne générale, rhumatologie et psychiatrie, confiée au K._____.

Les Drs L._____, B._____ et G._____, respectivement spécialistes en médecine interne générale, en psychiatrie et psychothérapie, et en rhumatologie, ont fait part de leurs conclusions dans un rapport d'expertise daté du 20 avril 2014 (recte : 2015). Ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dégénératifs du rachis lombaire étagés, sous forme de discopathies et arthrose interapophysaire postérieure, de status après prothèse totale de la hanche droite en 2002 et gauche le 30 juin 2014 ainsi que de status après arthrodèse de la 1^{ère} articulation métatarso-phalangienne gauche en 2006. Au titre des pathologies non incapacitantes, ils ont fait état de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), depuis 2004, de carcinome lobulaire *in situ* micro-invasif du sein droit, de status après tumorectomie du sein droit le 20 juillet 2011 (status

après quadrantectomie et prélèvement des ganglions sentinelles le 25 août 2011, status après radiothérapie adjuvante du 22 septembre au 31 octobre 2011 et hormonothérapie et Tamoxifène en cours), de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil dès novembre 2005, de troubles statiques modérés du rachis, de céphalées tensionnelles dès 2007, de tremor idiopathique dès 2006, de colopathie fonctionnelle et dyschésie et de hernie hiatale. S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont retenu, au plan physique, que l'assurée devait éviter les activités se déroulant de façon prépondérante debout, le port de charges, la marche en terrain instable et les montées et descentes fréquentes d'escaliers. Elle devait au demeurant pouvoir alterner les positions assise et debout. Au plan psychique, l'intéressée ne présentait plus de limitations au moment de l'expertise. Par contre, à la suite de l'annonce de son cancer en 2011, elle avait été limitée par une tristesse, une fatigue et des troubles cognitifs. Les Drs L._____, B._____ et G._____ ont estimé que l'assurée avait présenté une totale incapacité de travail durant les périodes suivantes :

- du 20 juillet 2011 au 31 janvier 2012, sur le plan de la médecine interne, en raison de l'affection oncologique,
- du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, sur le plan psychique, soit dès l'annonce de son cancer, jusqu'à l'interruption du traitement anti-dépresseur et l'espacement des séances de psychothérapie.

S'agissant de l'évaluation de la capacité de travail au plan rhumatologique, le rapport d'expertise comprend le passage suivant :

« Pas d'évolution significative mise à part la période péri-opératoire pour la prothèse totale de la hanche gauche en juin 2014. Il est difficile a posteriori de dater précisément quand débute l'incapacité de travail totale en raison de la coxarthrose gauche et cette incapacité peut être reconnue jusqu'à trois mois après l'intervention, soit jusqu'à fin septembre 2014 ».

Dans un avis du SMR du 1^{er} mai 2015, le Dr R._____ s'est rallié aux conclusions de l'expertise du K._____. Il a retenu une totale incapacité de travail du 20 juillet 2011 au 30 août 2012. En l'absence d'amélioration de l'état de santé somatique depuis la décision de 2010, il a estimé que, dans une activité adaptée, l'assurée disposait d'une

capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, dès le 1^{er} septembre 2012.

Par projet de décision du 7 mai 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser toute augmentation de sa rente d'invalidité, au motif que l'instruction du dossier n'avait mis en évidence aucun élément objectif confirmant une aggravation de son état de santé susceptible de modifier ses limitations fonctionnelles et son droit à la rente.

Le 30 juin 2015, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. Elle a fait grief à l'OAI de s'être écarté sans motivation des conclusions de l'expertise du K._____, qui faisait état, sur le plan de la médecine interne, d'une incapacité de travail de 100% du 20 juillet 2011 au 31 janvier 2012, et, sur le plan psychique, d'une totale incapacité de travail depuis l'annonce de son cancer jusqu'au 31 août 2012. Elle a également fait valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte de l'aggravation observée par les experts au niveau rhumatologique (prothèse totale de la hanche gauche et accentuation des troubles dégénératifs du rachis lombaire), justifiant selon eux une totale incapacité de travail dans toute activité jusqu'à trois mois après l'intervention chirurgicale de juin 2014. L'assurée a sollicité un complément d'instruction visant à déterminer le début de l'incapacité de travail due à la coxarthrose gauche.

Dans un avis du SMR du 7 juillet 2015, les Drs R._____ et H._____ ont retenu que l'assurée avait subi une totale incapacité de travail de juin à septembre 2014 du fait de la pose de la prothèse totale de la hanche gauche. Ils ont préconisé un complément d'instruction auprès du Dr N._____ et/ou des experts du K._____ sur la question du début de l'incapacité de travail liée à la coxarthrose.

Le 27 août 2015, à la question de l'OAI de savoir à quelle date étaient apparus les premiers signes de la maladie, le Dr N._____ a

répondu que l'assurée présentait des douleurs à la hanche gauche depuis 2004.

Le 30 septembre 2015, les Drs R._____ et H._____ ont pris acte du fait que la coxarthrose gauche s'exprimait par des douleurs mécaniques depuis 2004. Ils ont maintenu leur précédente appréciation, selon laquelle cette atteinte n'avait engendré une totale incapacité de travail que de juin à septembre 2014.

Aux termes d'un nouveau projet de décision du 21 octobre 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de réviser son droit dans le sens d'une rente entière du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014, compte tenu de la totale incapacité de travail constatée de juin à septembre 2014. Dès le 1^{er} janvier 2015, l'assurée était à nouveau mise au bénéfice d'une demi-rente.

Par courrier du 23 novembre 2015, l'assuré a maintenu ses objections du 30 juin 2015 s'agissant de l'impact de son cancer sur la capacité de travail et le droit à la rente. Elle s'est en outre étonnée de la teneur de la mesure d'instruction menée par l'OAI auprès du Dr N._____, relevant qu'il était déterminant de savoir depuis quand prévalait une incapacité de travail en raison de la coxarthrose, et non, comme l'a demandé l'OAI, quand étaient apparus les premiers troubles à ladite hanche. L'assurée a indiqué avoir interrogé elle-même le Dr N._____ sur le point litigieux.

Le 5 février 2016, l'assurée a transmis à l'OAI un rapport du 26 janvier 2016 du Dr N._____, dont il ressort notamment que le médecin a vu l'assurée pour la coxarthrose gauche le 12 février 2014, et que dès cette date, l'intéressée présentait une totale incapacité de travail, qui avait perduré durant trois mois après la pose de la prothèse totale de la hanche gauche le 30 juin 2014. L'assurée a conclu à ce qu'il soit retenu une incapacité de travail de 100% en raison de la coxarthrose gauche dès février 2014, et non dès juin 2014, comme l'a fait l'OAI.

Dans un avis du SMR du 17 février 2016, les Drs R._____ et H._____ se sont déterminés en ces termes :

« Le Dr N._____, orthopédiste FMH, confirme dans son courrier du 26 janvier 2016 à l'avocat de l'assurée que l'IT [incapacité de travail] de 100% s'est bien poursuivie jusqu'à fin septembre 2014. Ce spécialiste a examiné l'assurée le 7 août 2015 et le résumé de son examen clinique en page 2 de son courrier ne montre aucune modification allant dans le sens d'une aggravation durable depuis l'expertise K._____ du 20 avril 2015, la bursite trochantérienne et l'irritation du psoas principalement à gauche ont été prises en compte en page 19/27 du rapport d'expertise : « Douleurs pas trop intenses, à la palpation de la musculature fessière gauche ».

Les pièces médicales versées au dossier depuis l'expertise K._____ d'avril 2015 ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé.

Nous maintenons donc notre position. »

Par décision du 20 mai 2016, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2014 au 31 décembre 2014, compte tenu de l'aggravation de l'état de santé de l'intéressée et de sa totale incapacité de travail de juin à septembre 2014. L'OAI a ajouté que « depuis le 1^{er} janvier 2015 », l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et que sa capacité de gain était à nouveau de 51%, maintenant le droit à une demi-rente.

C. Par acte du 8 juin 2016, P._____, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a recouru contre la décision de l'OAI du 20 mai 2016, dont elle a conclu implicitement, sous suite de frais et dépens, à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité en raison des aggravations de son état de santé survenues du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, puis du 1^{er} février au 30 septembre 2014. La recourante fait valoir que les experts du K._____ ont reconnu une totale incapacité de travail du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, des suites somatiques et psychiques de son cancer du sein. Dans un second grief, la recourante estime que, les experts ne s'étant pas prononcés sur le début de l'incapacité de travail due à la coxarthrose gauche, il convenait de se fonder sur l'avis du Dr N._____ du 26 janvier 2016 et de retenir une incapacité de travail de 100% dès le 1^{er} février 2014.

Dans une réponse du 11 octobre 2016, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours. Concédant avoir omis de prendre en considération l'incapacité de travail à 100% du 20 juillet 2011 au 31 août 2012 au plan psychiatrique, l'OAI a indiqué qu'il reconnaissait le droit à rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2011, date à laquelle l'assurée avait annoncé la péjoration de son état de santé, au 30 novembre 2012, soit trois mois après l'amélioration de ses conditions de santé. S'agissant de la coxathrose, il estimait par contre que, de l'avis du SMR, l'incapacité de travail de l'assurée avait débuté au moment de l'intervention chirurgicale pour la pose de la prothèse de hanche gauche. Auparavant, l'exercice d'une activité physiquement non contraignante avait été possible.

Par réplique du 27 octobre 2016, la recourante a pris acte du ralliement de l'intimé à ses conclusions s'agissant des suites de son cancer. Elle a pour le surplus maintenu qu'en raison de la coxarthrose, elle avait présenté une totale incapacité de travail depuis le 1^{er} février 2014 déjà.

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 (art. 1 al. 1 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 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), 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), la Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 94 al. 4 LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) 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 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Est litigieuse la question de savoir si l'assurée a présenté une aggravation notable et durable de son état de santé, de nature à réviser la demi-rente d'invalidité qui lui était octroyée depuis le 1^{er} décembre 2008, par décision du 12 novembre 2010.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En

cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

b) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Lorsqu'une demande de révision est déposée celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.202]).

c) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

Si la révision est demandée par l'assuré, l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (art. 88^{bis} al. 1 let. a RAI). L'art. 88a RAI a la priorité sur l'art. 88bis al. 1 RAI en ce sens qu'une augmentation de la rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de trois mois même si la révision est demandée par l'assuré. Cela signifie que la rente ne peut être augmentée depuis le mois de la demande que si le délai prévu à l'art. 88a RAI était déjà écoulé à ce moment-là (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, n° 3106 p. 842).

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision de la recourante du 21 décembre 2011. Il a reconnu que son état de santé avait connu une modification notable de nature à influencer son droit à la rente, en raison de la coxarthrose gauche. L'OAI a retenu une totale incapacité de travail depuis le 30 juin 2014, date de la pose de la prothèse totale de la hanche gauche, jusqu'au 30 septembre 2014. En application de l'art. 88a al. 1 et 2 RAI, il a remplacé la demi-rente prévalant jusqu'alors, par une rente entière, du 1^{er} septembre au 31 décembre 2014, à la suite de quoi, le droit à une demi-rente a repris son cours.

De son côté, la recourante soutient qu'elle a subi une première aggravation de son état de santé, du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, qui devrait lui donner droit à une rente entière d'invalidité. Elle estime également, en se fondant sur l'avis du Dr N. _____ du 26 janvier 2016, que la coxarthrose gauche a induit une totale incapacité de travail dès le 1^{er} février 2014, et non seulement dès l'intervention chirurgicale du 30 juin 2014, ouvrant elle aussi le droit à une rente entière d'invalidité.

a) S'agissant tout d'abord de l'incapacité de travail invoquée par la recourante du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, force est de constater qu'elle a été attestée par les experts du K. _____ et admise par le SMR.

Aux termes de leur rapport du 20 avril 2015, les Drs L. _____, B. _____ et G. _____ ont en effet retenu qu'au plan de la médecine interne, en raison de son atteinte oncologique, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% dès le 20 juillet 2011, jusqu'à maximum

trois mois après la fin de la radiothérapie, soit jusqu'au 30 janvier 2012. Les experts ont également constaté une totale incapacité de travail au plan psychiatrique, du 20 juillet 2011 au 31 août 2012, l'assurée ayant subi une décompensation dépressive depuis l'annonce de son cancer. Dès lors que l'assurée n'avait plus reçu de traitement anti-dépresseur depuis la fin août 2012 et que les entretiens de suivi auprès de son psychiatre traitant avaient été espacés à une fois tous les deux ou trois mois, les experts ont estimé que, dès le 1^{er} septembre 2012, l'intéressée avait récupéré une pleine capacité de travail au niveau psychiatrique.

Les experts du K._____ ont procédé à une étude circonstanciée et fouillée de la situation de l'assurée. Ils ont établi leur rapport en pleine connaissance de l'anamnèse, sur la base d'examens complets, tout en prenant en compte les plaintes de l'intéressée. Leur rapport contient une appréciation claire de la situation médicale ainsi que des conclusions motivées, de sorte qu'il remplit les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante des rapports médicaux.

Dans l'avis du SMR du 1^{er} mai 2015, le Dr R._____ a adhéré aux conclusions des experts et a également reconnu que l'assurée avait présenté une totale incapacité de travail du 20 juillet 2011 au 31 août 2012. Le médecin a retenu que l'état de santé de l'intéressée était ensuite redevenu superposable à celui qui prévalait lors de la décision d'octroi de rente de 2010, à savoir qu'elle disposait d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, dès le 1^{er} septembre 2012.

Cette appréciation concordante des experts du K._____ et du SMR n'est sérieusement remise en question par aucun autre élément du dossier. L'OAI s'y rallie d'ailleurs, dans la mesure où, dans sa réponse du 11 octobre 2016, il conclut à l'admission partielle du recours sur ce point, reconnaissant avoir omis de prendre en compte l'incapacité de travail d'ordre psychiatrique du 20 juin 2011 au 31 août 2012, laquelle ouvrait le droit une rente entière d'invalidité.

En définitive, c'est de manière convaincante et documentée que l'assurée soutient avoir subi une incapacité de travail de 100% du 21 décembre 2011 au 31 août 2012.

b) En ce qui concerne la coxarthrose gauche, il n'est pas contesté par les parties que cette atteinte a induit une incapacité de travail à 100% depuis la date de la pose de la prothèse totale de hanche, le 30 juin 2014, durant trois mois, soit jusqu'au 30 septembre 2014. Les avis divergent par contre sur la question de savoir si la coxarthrose a justifié une incapacité de travail durant la période précédant l'intervention chirurgicale. Si l'intimé estime que tel n'est pas le cas, l'assurée soutient que, selon le rapport du Dr N. _____ du 26 janvier 2016, l'incapacité de travail a déjà débuté le 1^{er} février 2014 et que, dès lors que les experts du K. _____ ne se prononcent pas sur cette question précise, il n'y a pas de motifs de s'éloigner de l'avis du Dr N. _____ précité.

A l'instar de la recourante, il sied de constater qu'en indiquant qu'il était « difficile a posteriori de dater précisément quand débute l'incapacité de travail totale en raison de la coxarthrose gauche et cette incapacité peut être reconnue jusqu'à trois mois après l'intervention, soit jusqu'à fin septembre 2014 », les experts du K. _____ ont limité leur appréciation de la capacité de travail à la période post-opératoire et ont renoncé à se prononcer sur la naissance de l'incapacité de travail due à la coxarthrose. Ne s'y trompant pas, le SMR a dans un premier temps sollicité un complément d'instruction auprès du Dr N. _____ ou du K. _____, afin de préciser le début de l'incapacité de travail liée à la coxarthrose gauche (cf. avis du SMR du 7 juillet 2015). Certes, l'intimé a procédé à une mesure d'instruction complémentaire, en interpellant le Dr N. _____. Toutefois, la question posée au chirurgien orthopédique, lui demandant de préciser à quelle date étaient apparus les premiers signes de la maladie, n'était pas adéquate et ne permettait pas de trancher le point litigieux. Dans ces circonstances, à réception du résultat du complément d'instruction, les Drs R. _____ et H. _____ ne pouvaient pas valablement se contenter du résultat de la mesure d'instruction pour fixer le début de l'incapacité de travail due à la coxarthrose. Les éléments

leur faisant défaut au moment de leur avis du 7 juillet 2015 n'étant toujours pas éclaircis, ils auraient dû solliciter à nouveau le Dr N._____, en l'interrogeant précisément sur la question du début de l'incapacité de travail, et non celle de l'apparition des premiers signes de la maladie. Le fait que les experts du K._____ n'aient pas arrêté de date précise et aient fait part de la difficulté à se prononcer *a posteriori* ne permettait en effet pas pour autant de conclure à une absence d'incapacité de travail antérieure au 30 juin 2014.

S'étonnant de l'instruction menée par l'OAI auprès du Dr N._____, l'assurée a elle-même interpellé ledit médecin, qui a indiqué qu'il l'avait examinée le 12 février 2014 pour la coxarthrose gauche, et que dès cette date, elle présentait une incapacité de travail de 100%, qui avait perduré jusqu'à trois mois après l'opération du 30 juin 2014 (cf. rapport du 26 janvier 2016). La détermination du SMR face à ce rapport n'est pas convaincante. Les Drs R._____ et H._____ se sont en effet focalisés sur une seule partie du rapport du Dr N._____, à savoir celle traitant de la fin de l'incapacité de travail, fixée au 30 septembre 2014. Or tel n'était pas le propos, la fin de l'incapacité de travail due à la coxarthrose n'étant pas litigieuse. Il importe peu en l'espèce que, comme le mentionne le SMR, le Dr N._____ n'ait pas apporté d'éléments allant dans le sens d'une aggravation durable postérieure à l'expertise du K._____, en avril 2015. La question litigieuse en l'espèce porte sur la capacité de travail de février à mai, voire juin, 2014, et non à une période postérieure à l'expertise.

Dès lors que le Dr N._____ suivait l'assurée à l'époque des faits, et ce depuis de nombreuses années (1998, selon la demande de prestations AI du 29 mars 2006), qu'il l'a opérée et a suivi l'évolution de son état de santé, il convient d'admettre que son avis sur le début de l'incapacité de travail liée à la coxarthrose gauche est probant. Le dossier ne contient au demeurant pas d'éléments permettant de remettre sérieusement en question ses constatations dans le sens d'une incapacité de travail dès le 1^{er} février 2014 déjà. La réponse de l'intimé au recours ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente. L'OAI se contente en

effet d'affirmer que jusqu'à l'opération, l'assurée était capable de travailler dans une activité qui ne soit pas physiquement contraignante, sans motiver en quoi l'avis du N. _____ ne saurait être retenu.

Au vu de ce qui précède, il sied d'admettre comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurance sociales (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3, 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b) que, du fait de la coxarthrose gauche, la recourante a présenté une totale incapacité de travail du 1^{er} février au 30 septembre 2014.

c) En définitive, il convient de retenir que la recourante a présenté une totale incapacité de travail du 20 juin 2011 au 31 août 2012 au plan psychiatrique, puis du 1^{er} février au 30 septembre 2014 au plan somatique.

Dans les deux cas, il s'agit d'aggravations notables et suffisamment durables de la capacité de travail et de gain de l'assurée, de nature à conduire à la révision de sa rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 LPGA. Dès lors que, durant ces périodes, son incapacité de travail était totale dans quelque activité que ce soit, le taux d'incapacité de travail et d'incapacité de gain se confondent. L'invalidité est de 100% et ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA.

Ainsi, le droit de l'assurée doit être porté d'une demi à une rente entière d'invalidité, dès le 1^{er} décembre 2011, date de sa demande de révision (cf. art. 88bis al. 1 let a RAI). Sa situation s'étant ensuite améliorée jusqu'à être superposable à celle prévalant au moment de la décision du 12 novembre 2010, la recourante doit être à nouveau mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012, soit trois mois après l'amélioration constatée au 1^{er} septembre 2012 (cf. art. 88a al. 1 RAI, consid. 3c supra). De même, son droit à la rente doit être révisé à la faveur d'une rente entière, dès le 1^{er} mai 2014, soit trois mois après l'aggravation due à la coxarthrose gauche (cf. art. 88a al. 2 RAI). Dès le

1^{er} octobre 2014, la recourante s'est retrouvée dans la même situation que celle qui existait au moment de la décision du 12 novembre 2010. Cette nouvelle amélioration conduit à une diminution de ses prestations, dès le 1^{er} janvier 2015, dans le sens d'une demi-rente d'invalidité (cf. art. 88a al. 1 RAI).

6. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision rendue par l'intimé le 20 mai 2016 est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante du 1^{er} décembre 2011 au 30 novembre 2012, puis du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2014. La décision entreprise 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, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. 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 l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient en l'espèce d'arrêter à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 20 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'P._____ est mise au bénéfice d'une rente entière temporaire d'invalidité du 1^{er} décembre 2011 au 30 novembre 2012, et d'une rente entière temporaire d'invalidité du 1^{er} mai 2014 au 31 décembre 2014. La décision entreprise est confirmée pour le surplus.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à P._____.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :