

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Dormond Béguelin, assesseur,
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Sandeep Pai, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss, 17 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A.A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a travaillé comme garde d'enfants de 1994 à 2011 à différents taux. Le 26 août 2013, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'un cancer du sein existant depuis le mois de juin 2013.

Dans un rapport du 29 octobre 2013 à l'OAI, la Dresse I._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique au Z._____, a posé le diagnostic de carcinome invasif du sein gauche. La patiente avait subi une tumorectomie le 3 juillet 2013.

Le 3 décembre 2013, la Dresse X._____, spécialiste en oncologie médicale au Z._____, a expliqué que l'assurée bénéficiait d'une chimiothérapie adjuvante afin de diminuer le risque de récurrence du cancer, ce qui entraînait de la fatigue et des troubles de la concentration. L'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à un taux de 100 % d'ici dix mois.

Par communications du 21 janvier 2014, l'OAI a pris en charge les coûts d'exoprothèses du sein gauche et de perruques médicales.

Le 27 mars 2014, la Dresse X._____ a informé que l'intéressée avait terminé sa chimiothérapie adjuvante le 9 janvier 2014. Elle était sous radiothérapie depuis le 13 janvier 2014 avec hormonothérapie concomitante. La capacité de travail était actuellement nulle en raison d'une fatigue et de nausées récurrentes liées à la chimiothérapie.

Le 28 octobre 2014, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 3 novembre 2014, l'enquêtrice a fixé un statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 %.

Elle a retenu des empêchements pour les tâches liées à l'alimentation, à l'entretien du logement, ainsi qu'à la lessive. Après pondération, elle a conclu à un degré d'invalidité de 25,6 % pour la part ménagère.

Dans un rapport du 13 janvier 2015, la Dresse W._____, médecin assistante au Service d'oncologie du Z._____, a relevé que la patiente bénéficiait d'une hormonothérapie et en ressentait d'importants effets secondaires, tels que des douleurs. La capacité de travail était nulle.

Le 10 juin 2015, la Dresse H._____, spécialiste en oncologie médicale au Z._____, a expliqué que l'assurée présentait toujours des effets secondaires importants liés à l'hormonothérapie, sous forme de fatigue, de bouffées de chaleur et de douleurs articulaires. Le traitement de radiothérapie s'était terminé à la fin du mois de février 2014. La patiente était totalement incapable de travailler depuis le diagnostic du cancer.

Par avis du 22 juin 2015, le Dr G._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 13 juin 2013. Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise de médecine interne.

Dans un rapport du 14 septembre 2015 à l'OAI, la Dresse R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'assurée depuis le 2 mai 2014. Elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), existant depuis environ mars-avril 2014. L'incapacité de travail était totale depuis juin 2013. La patiente présentait une fatigue et une fatigabilité accrues, des troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil. L'on ne pouvait pour le moment pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Le 25 septembre 2015, le Dr G._____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre un examen SMR ou une expertise psychiatrique en plus de l'expertise de médecine interne.

L'examen psychiatrique a été effectué par la Dresse U._____, psychiatre au SMR, laquelle a examiné l'assurée une première fois le 24 novembre 2015.

Dans un avis médical du 14 décembre 2015, le Dr G._____ a relevé que la Dresse U._____ avait posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif réactionnel d'intensité sévère sans symptômes psychotiques en rémission (F32.2), et celui sans effet sur ladite capacité de dysthymie d'intensité légère (F34.1). Selon la spécialiste, l'épisode dépressif était en rémission et ne justifiait plus une diminution de la capacité de travail, le traitement antidépresseur ayant en outre été diminué. Elle retenait uniquement une importante fatigue, justifiant une diminution de la capacité de travail de 20 % depuis juin 2013. La Dresse U._____ prévoyait une nouvelle évaluation psychiatrique d'ici trois mois afin d'évaluer si l'amélioration objectivée était durable.

L'expertise de médecine interne a été confiée au Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a examiné l'assurée le 14 décembre 2015. Dans son rapport du 15 décembre 2015, il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif diagnostiqué en juin 2013, avec status post-tumorectomie et curage axillaire le 3 juillet 2013, post-chimiothérapie terminée le 9 janvier 2014, post-radiothérapie achevée le 28 février 2014, et hormonothérapie encore en cours. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a retenu ceux de tabagisme chronique, d'obésité de classe I, de status post-diverticulite en 2015 et de troubles anxieux et dépressifs. Il a retenu que sur le plan purement somatique, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être exigible au moins six mois après la fin du traitement de radiothérapie. Il a fait état des périodes d'incapacité de travail suivantes : 100 % du 13 juin 2013 au 31 août 2014, 75 % du 1^{er} au 30 septembre 2014, 50 % du 1^{er} au 30 octobre 2014, 30 % du 1^{er} novembre au 31 décembre 2014, et 0 % dès le 1^{er} janvier 2015. Dès cette date, la capacité de travail était totale dans toute activité, avec une

diminution de rendement de 30 % dans l'activité de maman de jour et de 20 % dans une activité adaptée, ceci pour tenir compte de l'asthénie et des effets secondaires de l'hormonothérapie. En tant que femme au foyer, la perte de rendement était de 20 %. Il a en outre fait état de ce qui suit :

« 6. Appréciation du cas et pronostic

Mme A.A. _____, née le [...], originaire de [...], sans formation professionnelle, exerce des activités de maman de jour à un taux variable entre 40 % et 80 %. Elle émarge au chômage dès 2011 avec fin du droit en 2013. Elle est séparée dès le 01.09.2015. Elle présente un arrêt de travail depuis le 13.06.2013 jusqu'à actuellement.

Elle a établi une demande de prestations AI le 26.08.2013.

6.1 Rappel de l'histoire médicale

Mme A.A. _____ n'annonce aucune anamnèse familiale de cancer. Elle se déclare en bonne santé, souffrant cependant d'une stérilité secondaire, d'un status après deux grossesses extra-utérines et deux échecs de fécondation in vitro.

Le couple était en cours de procédure d'adoption au moment où il est diagnostiqué un carcinome invasif du sein gauche [...]. Dans ces conditions, chez cette assurée pré-ménopausée, il est administré une chimiothérapie avant l'hormonothérapie. Cette chimiothérapie s'est terminée le 09.01.2014 suivie d'une radiothérapie terminée le 28.02.2014. Par la suite, elle a bénéficié d'une hormonothérapie de Tamoxifène pendant un an remplacée par une thérapie adjuvante de Letrozole. Ce traitement est modérément toléré avec bouffées de chaleur, arthralgies, nausées et fatigue. Il n'y a pas d'ostéoporose décrite. Mme A.A. _____ décrit en revanche une prise de poids de 76 kg à 84 kg, actuellement réduit à 79 kg.

En outre, elle indique une importante fatigue avec baisse d'énergie, abaissement de la thymie, crises d'angoisse et idéations suicidaires. Il est déclaré une prise en charge psychiatrique par la Dresse R. _____ [recte : R. _____] depuis environ un an associée à un traitement d'Efexor à petites doses. Le syndrome climatérique est traité par Neurontin. L'évolution sur le plan thymique ne paraît pas favorable avec persistance d'un anhédonisme, d'une clinophilie, de troubles anxieux, de troubles de la concentration et d'une irritabilité. C'est dans ce contexte de désinvestissement, de retrait social qu'apparaît un conflit de couple aboutissant à la séparation, par conséquent à l'abandon du projet d'adoption.

6.2 Situation actuelle

Mme A.A. _____ se plaint d'une fatigue importante et handicapante qu'elle fait remonter à la chimiothérapie, sans changement jusqu'à actuellement.

Elle se plaint d'arthralgies surtout marquées en fin de nuit avec ankylose imposant un dérouillage de quelques minutes. Elle se plaint en particulier de plantalgies qui lui occasionnent des troubles de la marche et disparaissent à la mobilisation. Elle se plaint d'un syndrome douloureux diffus que l'on reproduit partiellement à la palpation des principales insertions tendino-musculaires réalisant un tableau de fibromyalgie.

Sur le plan oncologique, la situation est rassurante, sans argument en faveur d'une rechute locale ou à distance. Il n'y a pas de lymphœdème. La mobilité de l'épaule gauche, chez cette droitère, ne peut pas être considérée comme limitée.

Elle se plaint d'un syndrome climatérique avec muqueuses sèches, pollakiurie, soif et éventuelles nausées, soit des symptômes fréquemment rencontrés parmi les effets indésirables du Letrozole. Les bouffées de chaleur sont plutôt handicapantes la nuit avec perturbation du sommeil. Cependant, contrairement à ce qui est observé d'habitude, c'est-à-dire que la majorité de ces événements ont tendance à s'amenuiser après une année, ce n'est pas le cas de notre assurée qui reste déprimée, sans énergie, peu active et clinophile.

Le traitement par Neurontin du syndrome climatérique est annoncé modérément efficace. Ce qui prédomine apparemment est l'importance des plaintes du registre dépressif avec perte d'énergie et retrait social. Une évaluation psychiatrique est ainsi nécessaire.

6.3 Limitations fonctionnelles

En raison du traitement du cancer du sein gauche chez cette droitère :

- Une activité professionnelle devrait exclure les travaux impliquant le port des bras au-dessus de l'horizontale de l'épaule gauche. Une épargne du membre supérieur gauche est souhaitable afin d'éviter des complications locales.

- De même, le port de charges est limité à 15 kg à gauche.

- Les mouvements soutenus ou répétitifs du membre supérieur gauche sont également à exclure.

L'asthénie résiduelle et les effets secondaires médicamenteux liés à l'hormonothérapie permettent de retenir, de surcroît, une perte de rendement de 30 %. Les limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, dépassent le domaine de compétence de la présente expertise. »

Par avis médical du 14 janvier 2016, le Dr [...] du SMR s'est rallié aux conclusions du Dr D._____. Il a relevé que ce qui prédominait était l'importance des plaintes du registre dépressif. En outre, du fait des baisses de rendement, la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 70 % et celle dans une activité adaptée de 80 %, comme pour l'activité de femme au foyer.

Le 7 mars 2016, la Dresse U._____ a à nouveau examiné l'assurée. Dans un rapport d'examen clinique psychiatrique du 15 mars 2016, cette spécialiste a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11). Elle a retenu, au plan psychiatrique, une incapacité totale de travail depuis le 2 mai 2014 et de 50 % à compter du 24 novembre 2015. Elle a fait l'appréciation suivante du cas :

« Il s'agit d'une assurée âgée actuellement de [...] ans, sans formation professionnelle, qui a travaillé comme maman de jour à des taux entre 40 % et 80 %.

Depuis 2011, durant deux ans, elle bénéficie de prestations de l'assurance-chômage et elle est en fin de droit depuis fin 2013. Elle est en incapacité de travail à 100 % depuis le 13.06.2013 pour un carcinome invasif du sein G [gauche] avec mastectomie le 03.07.2013, chimiothérapie et radiothérapie.

L'assurée bénéficie actuellement d'une hormonothérapie.

Sans antécédents psychiatriques, dans ce contexte difficile, elle développe une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle et, depuis le 02.05.2014, débute une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre médical d' [...]. Dans son rapport médical du 10.09.2015 [recte : 14.09.2015], la Dresse R. _____ retient le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et atteste une incapacité de travail à 100 %.

Sur le plan somatique, le traitement hormonal induit des effets secondaires, comme asthénie, bouffées de chaleur, douleurs musculaires, diminution de la force du bras G. Actuellement, le traitement médicamenteux a été changé, suivi d'une amélioration de l'état de l'assurée.

[...]

Notre examen clinique psychiatrique du 24.11.2015 montrait une amélioration de la symptomatologie anxiodépressive qui, à ce moment, était d'intensité légère et ne justifiait plus une diminution de la capacité de travail.

Cependant, à l'examen clinique du 07 mars 2016, nous sommes confrontés à une assurée déprimée, régressée, qui présente des angoisses de mort, des troubles du sommeil, dans le cadre d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'expertisée est fatiguée et présente une augmentation de la fatigabilité durant l'entretien, elle se positionne dans un rôle de victime qui a subi une injustice et qui est mal comprise par son entourage. Elle présente une diminution des ressources d'adaptation au changement.

A ce jour, par rapport au diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, retenu par la Dresse R. _____, il y a une légère amélioration, mais par rapport à notre examen clinique du 24.11.2015, il s'agit d'une aggravation de la symptomatologie dépressive.

L'assurée est confrontée à la maladie, elle a des angoisses de mort et la thrombose dont elle a été victime il y a deux-trois semaines a fait ressurgir la symptomatologie anxiodépressive.

En conclusion, sur la base de notre examen clinique du 24.11.2015 et du 07.03.2016, nous avons objectivé une symptomatologie dépressive d'intensité moyenne, accompagnée d'une diminution des ressources d'adaptation au changement.

Vu que le 24.11.2015, l'état dépressif était d'intensité légère et qu'actuellement nous avons objectivé un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique car il s'agit d'un premier épisode dépressif. Nous n'avons pas retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent qui est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en

l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif, ce qui n'est pas le cas de notre assurée. L'épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères, et justifie une diminution de 50 % de la capacité de travail et ceci dans toute activité.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, car la douleur décrite par l'assurée pourrait être expliquée par des raisons somatiques.

L'assurée ne présente pas de fragilité psychologique dans le cadre d'un trouble de la personnalité morbide. Les ressources personnelles sont diminuées, et les ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assurée) sont également diminuées suite au départ de son mari.

Quelques divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen ont été objectivées.

L'enquête ménagère du 03.11.2014 rapportait une invalidité de seulement 25,6 %. En tenant compte de la présence d'une importante fatigue décrite par l'assurée, elle justifie une diminution de la capacité de travail de 20 % dans toute activité.

Actuellement, l'état de l'assurée n'est pas stabilisé. Nous prévoyons une stabilisation de son état d'ici une année, d'où la nécessité de demander alors un rapport médical au psychiatre traitant, voire d'organiser une nouvelle évaluation psychiatrique au SMR.

Limitations fonctionnelles psychiatriques :

Fatigue, augmentation de la fatigabilité, tristesse, angoisses de mort, diminution des ressources d'adaptation au changement.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Incapacité de travail à 100 % pour des raisons somatiques depuis le 13.06.2013.

Incapacité de travail à 100 % pour des raisons psychiatriques depuis le 02.05.2014 et 50 % depuis le 24 novembre 2015, objectivée à l'examen clinique au SMR. »

Dans un rapport SMR du 24 mars 2016, le Dr G._____ a retenu comme atteinte principale à la santé un épisode actuel dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 13 juin 2013 et de 50 % dès le 24 novembre 2015, dans toute activité.

Dans un rapport à l'OAI du 13 décembre 2016, les Drs O._____, psychiatre, et S._____, médecin au Centre B._____, ont expliqué que l'assurée était suivie audit Centre depuis le 30 mai 2016. Ils ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble

dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) existant depuis 1999, et de trouble d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2013. Ils ont expliqué que « depuis le début des symptômes en 2014 », le tableau clinique s'était péjoré, la patiente se coupant de toute relation et présentant de plus en plus de difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Elle avait refusé un traitement psychotrope, craignant qu'il favoriserait la survenue d'un autre cancer. L'incapacité de travail était totale dès le 30 mai 2016 et de durée indéterminée, dans toute activité. La patiente présentait une thymie abaissée, une irritabilité, un manque de motivation et de plaisir, une tension intérieure importante, des difficultés d'endormissement, des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'un apragmatisme. Ces restrictions se manifesteraient au travail par des pleurs, des problèmes relationnels, un absentéisme et des troubles de concentration et d'attention qui pourraient mettre en danger la garde d'enfants.

Par avis médical du 15 février 2017, le Dr G. _____ du SMR s'est montré dubitatif face au rapport précité, soulignant que la Dresse U. _____ n'avait diagnostiqué ni trouble dépressif récurrent, ni trouble anxieux généralisé. En outre, l'assurée ne bénéficiait d'aucune médication.

Par projet de décision du 9 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2014 au 29 février 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 70 % ([60 % de part active x 100 % d'incapacité de travail] + [40 % de part ménagère x 25.60 % d'empêchements]). Pour la période dès le 1^{er} mars 2016, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée le 24 novembre 2015 - de 50 % dans toute activité -, l'OAI a comparé le revenu sans invalidité, fixé à 24'480 fr., avec le revenu avec invalidité de 20'400 fr., et a abouti à un degré d'invalidité de 16.66 % pour la part active. Avec la part ménagère, l'invalidité globale s'élevait à 20.24 % ([60 % x 16.66 %] + [40 % x 25.60 %]), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Par communication du 9 mars 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une aide au placement.

Le 6 avril 2017, la Dresse H._____ a établi une attestation selon laquelle l'assurée présentait actuellement plusieurs effets secondaires liés au traitement oncologique qui ne lui permettaient pas d'effectuer un stage de réinsertion professionnelle.

Par décision du 13 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet du 9 mars 2017.

B. Par acte du 14 juillet 2017, A.A._____, désormais représentée par Me Sandeep Pai, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps à compter du 1^{er} juin 2014, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, elle a fait valoir que son incapacité de travail demeurait totale, dans toute activité. Elle a pour le surplus exposé avoir été victime d'une hémorragie intracrânienne ayant nécessité une hospitalisation d'urgence. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise neutre, proposant la désignation à cet effet des Drs L._____ ou Q._____, psychiatres. Avec son recours, elle a notamment produit un rapport du 7 juillet 2017 du Dr K._____, médecin généraliste traitant, posant les diagnostics d'hémorragie intracrânienne le 25 mai 2017 sur notion de rupture d'anévrisme nécessitant un traitement par radiologie interventionnelle (diagnostic et traitement exact incertain), de carcinome invasif du sein gauche, de trouble anxio-dépressif nécessitant un suivi psychiatrique régulier depuis 2014 avec temporairement un traitement anti-dépresseur, de thrombose veineuse du membre supérieur droit et de la veine jugulaire interne droite en février 2016, ainsi que de diverticulite sigmoïdienne en novembre 2015 et mai 2016. Les plaintes principales de sa patiente étaient une fatigue importante et chronique, des douleurs articulaires attribuées au traitement hormonal, une anxiété importante, des troubles de l'humeur de

type dépressif et des difficultés de concentration. La recourante a également produit un rapport de la Dresse S. _____ du 10 juillet 2017, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble d'anxiété généralisée (F41.1), ainsi que d'état de stress post-traumatique (F43.1). L'état de santé psychique de sa patiente s'était péjoré depuis 2014 et s'était davantage dégradé à la suite de la rupture d'anévrisme en mai 2017, avec l'apparition de symptômes d'un état de stress post-traumatique, ainsi que des séquelles neuropsychologiques (mémoire, concentration, attention). Un traitement psychotrope n'avait pas pu être introduit, la patiente craignant qu'il favorise la survenue d'une maladie grave. La capacité de travail était nulle depuis le début du trouble dépressif en 2014. Le pronostic était mauvais, la patiente n'étant pas capable de reprendre une activité professionnelle à court ou moyen terme.

Dans sa réponse du 19 septembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a renvoyé à l'avis médical du 12 septembre 2017 du Dr G. _____, joint en annexe, selon lequel une rupture d'anévrisme était un événement grave, alors qu'il n'était ni décrit de séquelles locomotrices à deux mois de cet événement, ni de suivi en neuroéducation.

En réplique, le 13 novembre 2017, la recourante a notamment produit un rapport du 18 octobre 2017 du Dr C. _____, médecin au Service de neurochirurgie du Z. _____, selon lequel elle y avait séjourné dès le 24 mai 2017 en raison d'une hémorragie sous-arachnoïdienne sur anévrisme disséquant de l'artère cérébelleuse supérieure droite. Une embolisation avait été effectuée le 1^{er} juin 2017 et la patiente avait pu regagner son domicile le 10 juin 2017. La recourante a encore joint un rapport du 3 octobre 2017 du Dr K. _____, relevant que si elle ne souffrait d'aucune séquelle physique sur le plan neurologique, elle décrivait une importante fatigabilité consécutive à cet événement, de même que des perturbations de sa capacité de concentration et de mémorisation. La symptomatologie anxieuse et dépressive s'était aggravée depuis l'hospitalisation et l'accompagnement thérapeutique avait dû être renforcé. Les troubles cognitifs rapportés par la patiente

pouvaient être à la fois séquellaires de l'accident vasculaire cérébral et du trouble dépressif et anxieux connu. La patiente était incapable d'exercer une activité professionnelle depuis le 25 mai 2017, pour une durée encore indéterminée. La recourante a en outre requis l'audition en qualité de témoin de B.A._____ concernant ses empêchements ménagers actuels, faisant valoir qu'ils étaient considérablement plus importants que ceux constatés dans le rapport d'enquête ménagère du 3 novembre 2014.

Le 4 décembre 2017, l'OAI a derechef proposé le rejet du recours. Il a observé que la péjoration survenue au mois de mai 2017 ne concernait pas la présente procédure. En effet, la durée de l'éventuelle incapacité de travail qui y était liée n'avait pas atteint le minimum légal d'une année lorsqu'avait été rendue la décision litigieuse. Il appartenait à l'intéressée d'indiquer si les écrits soumis devaient être considérés comme une nouvelle demande. L'OAI a produit avec sa duplique un rapport du Dr G._____ du SMR du 28 novembre 2017, lequel confirmait ses conclusions précédentes quant à l'atteinte psychiatrique. Sur le plan neurologique, il relevait qu'il existait une situation nouvelle depuis le 25 mai 2017, et que l'incapacité totale de travail attestée par le Dr K._____ était peu étayée et ne résultait pas d'un examen neuropsychologique. Dans ces conditions, le Dr G._____ préconisait une expertise neurologique avec le Dr T._____, neurologue.

Par détermination du 8 janvier 2018, la recourante a contesté que l'aggravation de son état de santé sur le plan neurologique ne concernait pas la présente procédure. Selon elle, les atteintes physiques et psychiatriques étaient intrinsèquement liées. L'accident vasculaire cérébral n'avait fait que renforcer des troubles préexistants. Par ailleurs, dans son rapport du 3 octobre 2017, le Dr K._____ avait évoqué que les atteintes neurologiques pouvaient également provenir du volet psychiatrique. Ces atteintes devaient être appréhendées de manière globale, de sorte que l'accident vasculaire cérébral et ses atteintes neurologiques ne pouvaient être ignorés dans la présente procédure. Elle priait toutefois l'intimé de considérer ses écrits du 13 novembre 2017 comme une nouvelle demande de prestations dans le cas où il ne

partagerait pas ce raisonnement. Par ailleurs, la recourante a indiqué qu'au vu du rapport du 8 décembre 2017 de la neuropsychologue J._____ du Centre B._____, produit en annexe, une expertise neurologique était inutile. Dans ce rapport, J._____ constatait des difficultés attentionnelles et mnésiques sévères, un léger dysfonctionnement exécutif et un défaut d'accès lexical modéré. Selon elle, la symptomatologie décrite était compatible avec les données de l'imagerie cérébrale. Les aspects thymiques pourraient également exacerber certaines difficultés. Une reprise de l'activité professionnelle ne semblait pas envisageable et certaines activités du quotidien semblaient compromises.

Le 30 janvier 2018, l'OAI a renvoyé à l'avis médical du 24 janvier 2018 du Dr G._____, expliquant que la pathologie psychiatrique antérieure n'avait rien à voir avec une rupture d'anévrisme. L'OAI a ajouté qu'il traiterait les écrits du 13 novembre 2017 comme une nouvelle demande de prestations.

Le 20 février 2018, la recourante a confirmé ses conclusions.

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'AI (art. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (ATF 131 V 164, ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, et porte singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 13 juin 2017, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur 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. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment retenu qu'il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques, et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes, la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs. Le Tribunal fédéral a toutefois estimé que, pour des questions de proportionnalité, il pourra être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales

suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (TF 8C_130/2017 consid. 7.1 et 8C_841/2016 consid. 4.5.3).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

f) 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 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

4. En l'occurrence, l'intimé a retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 100 % dès le 13 juin 2013 et de 50 % à compter du 24 novembre 2015. L'intéressée conteste cette amélioration et soutient que sa capacité de travail est demeurée nulle.

Un carcinome invasif du sein gauche lui a été diagnostiqué au mois de juin 2013. Il s'en est suivi une incapacité totale de travail. Elle a en effet dû subir successivement une tumorectomie le 3 juillet 2013, une chimiothérapie jusqu'au 9 janvier 2014, puis une radiothérapie avec hormonothérapie concomitante jusqu'à la fin du mois de février 2014. L'hormonothérapie s'est poursuivie après cette date.

a) Afin d'évaluer les répercussions du cancer sur la capacité de travail, l'OAI a mis en œuvre une expertise somatique auprès du Dr D._____, lequel a examiné l'assurée le 14 décembre 2015. Dans son rapport du 15 décembre 2015, il a retenu le diagnostic de carcinome invasif, avec un statut après les traitements susmentionnés, l'hormonothérapie étant quant à elle toujours en cours. Selon lui, sur le plan purement somatique, une reprise de l'activité professionnelle pouvait être exigible au moins six mois après la fin du traitement de radiothérapie. L'incapacité de travail était donc totale dès le 13 juin 2013, puis avait diminué progressivement jusqu'à devenir nulle à compter du 1^{er} janvier 2015. Le Dr D._____ a tenu compte de l'asthénie et des effets secondaires de l'hormonothérapie pour retenir une légère baisse de rendement dans toute activité professionnelle ainsi que dans l'activité ménagère.

Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Le Dr D._____ a notamment tenu compte des différents rapports établis par les médecins du Service d'oncologie du Z._____. De plus, les plaintes de la recourante ont été décrites de manière détaillée et ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Le Dr D._____ a en particulier expliqué que la situation était rassurante sur le plan oncologique, sans argument en faveur d'une rechute, et qu'il n'y avait pas de lymphœdème. Selon lui, ce qui prédominait étaient des plaintes du registre dépressif, avec perte d'énergie et retrait social, de sorte qu'il préconisait une évaluation psychiatrique. Cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr G._____ du SMR (cf. notamment avis médical du 14 janvier 2016).

Les rapports des 13 janvier et 10 juin 2015 des Dresses W._____ et H._____ du Service d'oncologie du Z._____, attestant une incapacité totale de travail, ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr D._____. En effet, ils sont très succincts et

n'établissent pas l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Ils font uniquement état d'effets secondaires importants liés à l'hormonothérapie, sous forme de fatigue, de bouffées de chaleur et de douleurs articulaires. Or, ces éléments étaient connus du Dr D._____, qui les a expressément relevés dans son rapport (cf. notamment p. 15 dudit rapport) et qui en a tenu compte dans le cadre d'une diminution de rendement.

b) L'OAI a fait compléter l'instruction du cas par un examen psychiatrique auprès de la Dresse U._____ du SMR. Cette spécialiste a vu la recourante à deux reprises, les 24 novembre 2015 et 7 mars 2016. Dans son rapport du 15 mars 2016, elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique. Elle a retenu une incapacité totale de travail dès le 2 mai 2014, puis de 50 % à compter du 24 novembre 2015, ceci dans toute activité. Ce rapport possède une anamnèse précise et a pris en compte les plaintes de la recourante. Le contexte médical est décrit de façon claire. La Dresse U._____ a en outre expliqué de manière détaillée et pertinente les différents éléments l'ayant amenée à ses conclusions. En effet, elle a exposé que la Dresse R._____ avait retenu dans son rapport du 14 septembre 2015 le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec une incapacité totale de travail, alors que lors de l'examen du 24 novembre 2015 au SMR, l'assurée avait montré une amélioration de la symptomatologie anxiodépressive, qui était alors d'intensité légère. Ceci ne justifiait plus une diminution de la capacité de travail. Toutefois, au cours de l'examen du 7 mars 2016, l'état de santé psychique de l'intéressée s'était dégradé. Elle était notamment fatiguée et fatigable, déprimée, régressée, présentait des angoisses de mort et des troubles du sommeil. La Dresse U._____ a conclu à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en précisant que l'état de l'assurée était tout de même légèrement amélioré par rapport au diagnostic posé par la Dresse R._____. Elle a donc retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 2 mai 2014, puis de 50 % dès le 24 novembre 2015, ceci

en raison des éléments objectivés à l'examen clinique du même jour. Contrairement à ce que soutient la recourante, la date retenue quant à l'amélioration de son état n'a ainsi pas été fixée de manière arbitraire. Les conclusions du rapport de la Dresse U._____ sont claires et pertinentes. Celui-ci revêt ainsi valeur probante.

L'assurée fait valoir que l'appréciation de cette psychiatre va à l'encontre de « tous les autres avis exprimés par les spécialistes », se référant à cet égard à plusieurs rapports médicaux.

S'agissant tout d'abord des rapports du Service d'oncologie du Z._____ des 3 décembre 2013, 13 janvier 2015 et 10 juin 2015, il convient de relever que ces médecins ne se sont pas prononcés sur l'état psychiatrique de leur patiente. Quoi qu'il en soit, la Dresse U._____ a admis que jusqu'au 24 novembre 2015, l'incapacité de travail était totale au plan psychiatrique, rejoignant ainsi les appréciations précitées des médecins du Z._____ s'agissant de la capacité de travail.

Il en va de même pour le rapport du 14 septembre 2015 de la Dresse R._____, attestant une incapacité totale de travail. Pour la période postérieure au 24 novembre 2015, la Dresse U._____ a expliqué de manière pertinente les raisons pour lesquelles elle se distançait des constatations de cette spécialiste.

Quant au rapport établi le 13 décembre 2016 par les Drs O._____ et S._____ du B._____, qui ont suivi l'assurée depuis mi-2016, il y a lieu de constater avec le SMR qu'il n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation probante de la Dresse U._____ (cf. avis du 15 février 2017 du Dr G._____). En effet, ces médecins ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, existant depuis 1999 et de trouble d'anxiété généralisée existant depuis 2013. Plus loin, ils ont expliqué que le tableau clinique s'était péjoré depuis le début des symptômes, qu'ils faisaient cette fois-ci remonter à 2014. Or ni la Dresse R._____, qui a suivi la recourante de 2014 à 2016, ni la Dresse U._____, l'ayant examinée les 24 novembre 2015 et 7 mars

2016, n'ont retenu ces atteintes. Cette dernière spécialiste a d'ailleurs expliqué que le trouble dépressif récurrent était caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Entre les épisodes, le sujet ne présentait habituellement aucun symptôme dépressif, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. En outre, la Dresse U._____ a exposé que l'intéressée ne présentait pas de symptômes en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée, alors que selon l'appréciation des psychiatres traitants du B._____, celui-ci existerait depuis 2013. De nombreux éléments, tels que les troubles de la concentration, la fatigabilité, l'humeur triste et déprimée, l'anhédonie, la diminution du plaisir, la tension intérieure, les angoisses de mort ou encore des troubles du sommeil ont déjà été relevés par la Dresse U._____. Il s'agit ainsi d'une appréciation différente de la même situation.

La recourante se prévaut encore du rapport du 7 juillet 2017 du Dr K._____. Toutefois, ce médecin ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente. En outre, - sous réserve des aspects en lien avec l'hémorragie intracrânienne dont il sera question ci-dessous - il a relevé au plan physique des plaintes identiques à celles prises en compte par le Dr D._____ dans le cadre de son expertise du 15 décembre 2015, à savoir une fatigue importante, chronique et des douleurs articulaires attribuées au traitement hormonal. Quant au plan psychique, le Dr K._____ a fait état d'une anxiété importante, des troubles de l'humeur de type dépressif, d'une fatigabilité importante et de difficultés de concentration. Or là encore, la Dresse U._____ a tenu compte de ces éléments dans son appréciation, lesquels paraissent, prima facie, avoir été aggravés par l'hémorragie intracrânienne survenue en mai 2017. Il sied en outre de relever que le Dr K._____, médecin généraliste traitant de la recourante, n'est pas spécialisé en psychiatrie.

Quant à la Dresse S._____, dans son rapport du 10 juillet 2017, elle a expliqué que l'état de santé psychique de sa patiente s'était

dégradé depuis 2014, répétant pour l'essentiel ce qu'elle avait déjà évoqué dans son rapport du 13 décembre 2016. Elle a par ailleurs relevé que la situation s'était sensiblement aggravée à la suite de la rupture d'anévrisme ayant eu lieu en mai 2017, laquelle avait entraîné des séquelles neurologiques et un état de stress post-traumatique.

c) A cet égard, la recourante fait valoir qu'elle a été victime d'une hémorragie intracrânienne le 25 mai 2017 sur anévrisme d'une artère cérébelleuse. Toutefois, force est d'admettre, avec l'intimé, qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte à la santé, sans rapport avec l'état de santé psychique préexistant, tel que relevé par le SMR (cf. avis médical du 28 novembre 2017 du Dr G._____). Par ailleurs, les troubles neurologiques importants, ainsi que l'état de stress post-traumatique décrits par différents médecins, résultent de cette atteinte, et non de l'état dépressif. En effet, la Dresse S._____ a retenu que l'état de santé de sa patiente s'était dégradé à la suite de l'hémorragie intracrânienne, avec l'apparition de symptômes d'un état de stress post-traumatique et de séquelles neuropsychologiques (cf. rapport du 10 juillet 2017). La neuropsychologue J._____ a elle aussi essentiellement rattaché les difficultés attentionnelles et mnésiques sévères à l'accident vasculaire cérébral, même si elle a évoqué que les aspects thymiques pourraient exacerber certaines difficultés (cf. rapport du 8 décembre 2017). Quant au rapport du 3 octobre 2017 du Dr K._____, selon lequel les troubles cognitifs rapportés pouvaient être à la fois séquellaires de l'accident vasculaire cérébral et du trouble dépressif, il y a lieu de constater que ce médecin n'est pas spécialiste, et au demeurant aucunement affirmatif. Le degré de gravité des troubles neurologiques est donc consécutif à l'hémorragie.

Cela étant, même si le Dr K._____ a expliqué que la symptomatologie dépressive s'était aggravée depuis l'hospitalisation consécutive à cette hémorragie (cf. rapport du 3 octobre 2017), l'on ne peut en déduire que lorsque la décision litigieuse a été rendue - soit deux semaines et demie après l'atteinte, et trois jours après le retour de l'assurée à son domicile - la péjoration était telle qu'elle remettrait en

cause l'appréciation de la Dresse U._____ du SMR. A la date de la décision attaquée, une potentielle aggravation de cette atteinte n'avait quoi qu'il en soit pas duré trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI, consid. 3c supra).

C'est donc à bon droit que l'OAI a annoncé qu'il traiterait les écrits de la recourante du 13 novembre 2017, par lesquels elle a produit les rapports médicaux susmentionnés concernant l'accident vasculaire cérébral, comme une nouvelle demande de prestations. Dans ce cadre, il veillera à tenir compte du fait que la recourante présente, pour la part active, une capacité de travail de 50 % dans toute activité dès le 24 novembre 2015.

d) Pour le surplus, le rapport de la Dresse U._____ étant pleinement probant et les appréciations médicales contradictoires ayant été écartées, la mise en œuvre d'un complément d'instruction en rapport avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les maladies psychiatriques s'avère superflue (cf. consid. 3d supra).

e) Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans toute activité à compter du 24 novembre 2015.

5. Il convient encore d'examiner le calcul du préjudice économique subi par l'intéressée.

A titre préalable, il sied de rappeler qu'elle ne conteste pas l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2014 au 29 février 2016, mais uniquement sa suppression au 1^{er} mars 2016.

Dans le cadre de son recours, elle s'est limitée à réserver de discuter du caractère arbitraire de l'application de la méthode mixte. Toutefois, dans sa demande de prestations, elle a déclaré avoir travaillé de 1994 à 2011 comme garde d'enfants à des taux variant entre 40 % et 80 %. Par la suite, lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée à

son domicile, elle a expliqué s'être occupée des enfants d'une famille pendant cette période à un taux d'environ 40 % à 50 %. Elle a ajouté avoir retrouvé une activité auprès d'une autre famille en 2013 pour un taux d'environ 50 %, parallèlement à la garde d'un autre enfant un jour par semaine. Elle a également déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle travaillerait entre 60 % et 80 %. Les activités trouvées pour 2013, à un taux total d'environ 60 %, lui auraient permis de subvenir à ses besoins. Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'enquêtrice a conclu à un statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 % (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 novembre 2014). Ceci implique l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI), ce qui n'est, en l'espèce, aucunement arbitraire.

S'agissant de la part ménagère, le rapport d'enquête précité a fixé à 25.6 % le taux d'empêchement dans ces activités. Celui-ci ne prête pas flanc à la critique. S'il est possible que les empêchements ménagers soient plus conséquents depuis l'hémorragie cérébrale, comme allégué, il incombera le cas échéant à l'intimé d'organiser une nouvelle enquête ménagère au domicile de l'assurée afin d'examiner ce point.

Pour la part active, la capacité de travail de l'assurée s'est améliorée dès le 24 novembre 2015, avec un taux de 50 % dans toute activité (cf. consid. 4 supra). Le salaire sans invalidité pris en compte par l'intimé, soit 24'480 fr. (à 60 %), de même que celui avec invalidité, soit 20'400 fr. (à 50 %), n'ont pas été contestés par la recourante. Ces chiffres se fondent toutefois sur le salaire qu'elle avait réalisé pour son travail de 1994 à 2011. Quoi qu'il en soit, un salaire actualisé ne changerait que de quelques dizaines de francs les montants retenus, ce qui n'est pas suffisant pour modifier le taux d'invalidité global dans une mesure propre à ouvrir le droit à une rente. En effet, la comparaison des revenus avec et sans invalidité fixés par l'intimé aboutit à un degré d'invalidité, pour la part active, de 16.66 %. Le taux d'invalidité global de l'assurée s'élève dans ce cas à 20.24 % ([60 % de part active x 16.66 %] + [40 % de part ménagère x 25.6 %]), ce qui est largement inférieur au taux minimal de 40 % requis pour bénéficier d'une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

Enfin, la suppression de la rente temporaire au 1^{er} mars 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante ayant eu lieu en novembre 2015, ne prête pas flanc à la critique (cf. consid. 3c supra).

6. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1).

En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, ni de procéder à l'audition de B.A. _____, tels que requis par la recourante.

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

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A.A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Sandeep Pai (pour A.A._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :