

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 novembre 2018

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mme Dessaux, juge et M. Bidiville, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à (...), recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**U.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en [...], a travaillé en qualité d'aide-soignante à 100% à la [...] dès le 5 juin 2000. Elle a présenté une incapacité de travail à partir du mois de mai 2013 en raison d'une épicondylite au coude droit, puis d'un cancer canaliculaire invasif au sein droit diagnostiqué en août 2013. Dans le cadre du traitement de cette maladie, l'assurée a subi une opération en novembre 2013, ainsi qu'un traitement par chimiothérapie et radiothérapie. Elle a ensuite suivi un traitement hormonal afin de diminuer les risques de récurrence, interrompu à plusieurs reprises en raison de ses effets secondaires. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) le 21 novembre 2013.

Le 25 novembre 2015, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une asthénie importante en lien avec son hormonothérapie, avec pour effet une diminution de la capacité de concentration et des limitations quant à la réalisation de tâches physiques. Cependant, l'assurée avait repris son activité professionnelle à 100% depuis le 9 novembre 2015.

L'OAI a rendu un projet de décision le 2 février 2016 octroyant à l'assurée une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2014 jusqu'au 29 février 2016. Il a retenu que l'assurée avait d'abord présenté une incapacité de travail totale du 16 avril au 18 septembre 2013, puis de 50% du 17 au 22 septembre 2013 en raison d'une épicondylite. Dès le 4 octobre 2013, elle avait présenté une nouvelle incapacité de travail en raison d'un cancer du sein droit. La rente entière était basée sur un degré d'invalidité de 100% jusqu'au 29 février 2016, soit après trois mois dès la reprise de l'activité.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par courrier du 19 février 2016, contestant d'une part la date d'ouverture de son droit à la rente, et d'autre part, la pleine capacité de travail retenue par l'OAI. Elle a notamment allégué qu'elle avait repris le travail en novembre 2015 à 80% par nécessité financière, contre l'avis de son médecin qui souhaitait limiter

la reprise du travail à 50%. Elle était toutefois constamment épuisée, avec des symptômes tels que douleurs articulaires, chutes de tension et fatigue chronique. Depuis le 23 février 2016, elle était en arrêt de travail pour une semaine, puis pourrait reprendre son activité à 50%.

L'instruction de la cause par l'OAI a permis d'établir que l'assurée avait effectivement repris une activité à 80% dès le 9 novembre 2015, et non pas à 100% comme l'avait attesté par erreur le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 novembre 2015. Dès le 18 janvier 2016, l'assurée avait présenté une nouvelle incapacité de travail totale attestée médicalement jusqu'au 21 janvier 2016. Elle avait repris le travail à 80% du 22 janvier au 18 février 2016 et après une nouvelle incapacité entre le 19 et le 28 février 2016, elle travaillait à 50%.

Le 10 août 2016, la Dresse (...), spécialiste en oncologie médicale, a indiqué que l'assurée présentait un status physique dans la norme. Elle constatait cependant une baisse importante de la thymie, une labilité émotionnelle importante, un état de fatigue, des bouffées de chaleur toutes les heures, avec impact sur le sommeil, ainsi que des arthralgies au niveau des mains et des pieds. La capacité de travail était de 50%, idéalement avec une flexibilité des horaires en fonction de la fatigue. Un traitement de tamoxifène devait être réintroduit et la capacité de travail pourrait être augmentée progressivement s'il était toléré.

L'OAI a chargé le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, d'expertiser l'assurée afin de déterminer sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle d'aide-soignante. L'expert a examiné l'assurée le 28 novembre 2016 et rendu son rapport d'expertise le 5 décembre 2016, dans lequel il retient une capacité de travail de 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. Il a notamment observé que l'asthénie dont l'assurée se plaignait était indépendante de l'hormonothérapie, puisqu'elle persistait malgré l'arrêt du traitement, qu'elle avait peu de répercussion sur la vie privée et qu'elle n'empêchait pas l'assurée de travailler trois jours consécutivement une semaine sur deux, et sinon deux jours consécutivement.

A la requête du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'OAI a invité le Dr W.\_\_\_\_\_ à préciser si la date de la reprise du travail à 80% ne pouvait pas être fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2016, plutôt qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017, dans la mesure où l'assurée travaillait deux à trois journées entières consécutives par semaine depuis mars 2016, que la vie quotidienne ne semblait pas être affectée et que l'hormonothérapie n'influençait pas l'asthénie.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a réexpédié son expertise à l'OAI, avec un contenu identique à celle du 5 décembre 2016, datée cependant du 6 février 2017 et modifiée quant à la date de reprise de l'activité à 80%, fixée désormais au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et non plus au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Le 24 février 2017, l'OAI a adressé un nouveau projet de décision à l'assurée, lequel retient une capacité de travail et de gain de l'ordre de 80% et non pas de 100%, à partir du 9 novembre 2015 et le droit à une rente entière depuis avril 2014 jusqu'au 29 février 2016, soit après trois mois dès la reprise de son activité.

Par courrier du 6 juin 2017, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a contesté ce nouveau projet de décision. Elle a produit un rapport du 24 mai 2017 établi par la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale, dont les constatations sont les suivantes :

« Depuis mai 2014, la patiente est au bénéfice d'un traitement anti-hormonal qui a été mal toléré depuis le début. Dès lors, le traitement a dû être arrêté par intermittence à moult reprises avec finalement une interruption définitive du traitement en août 2015.

La patiente s'est évertuée à plusieurs reprises de reprendre une activité professionnelle à plein temps comme elle l'exerçait avant le diagnostic de sa maladie tumorale et le traitement de chimiothérapie. Cependant, elle présente une asthénie mais surtout une fatigabilité importante qui a été imputée au traitement d'hormonothérapie. A noter que ce traitement a été interrompu en août 2015 sans amélioration des symptômes.

Un syndrome de fatigue persistant a été décrit chez de nombreuses patientes ayant subi un traitement de chimiothérapie

à visée curative sans pour autant que des constatations para-cliniques puissent confirmer un tel diagnostic. Par ailleurs, au vu de la pression importante à son travail, la patiente a développé une anxiété, des symptômes dépressifs ainsi que des insomnies qui aggravent évidemment cette fatigue. Nous n'avons jamais eu l'impression que Mme K. \_\_\_\_\_ n'était pas motivée à reprendre une activité professionnelle et ce malgré les tentatives avec plusieurs arrangements d'augmenter son efficacité au travail. Force est de constater que tous ces efforts ont été vains.

A noter que selon notre meilleure objectivité Mme K. \_\_\_\_\_ ne peut exercer une activité professionnelle de plus de 50% dans l'état actuel. Par ailleurs, l'asthénie chronique post-chimiothérapie est malheureusement un diagnostic à long terme, il est donc probable que Mme Mathias ne récupère jamais totalement d'une incapacité de travail entière.

Le diagnostic de fatigue chronique post-chimiothérapie est bien évidemment un diagnostic d'exclusion et toutes les investigations à ce sujet ont été réalisées sur le plan endocrinien afin de déterminer une éventuelle hypothyroïdie, une carence en fer ou en vitamines qui se sont tous révélées négatives. A noter qu'il est important de reconnaître ces effets secondaires de longue durée suite à une chimiothérapie car la non-reconnaissance de ces faits aggraverait l'état psychologique de la patiente qui pourrait engendrer une dépression majeure ».

Dans un avis SMR du 6 juillet 2017, la Dresse [...] a estimé que la suspicion d'un syndrome de fatigue évoqué par la Dresse R. \_\_\_\_\_ n'était pas vérifié dans les faits, puisque l'assurée travaillait de 7h00 à 16h00, trois jours de suite du lundi au mercredi et la semaine suivante deux jours de suite lundi-mardi ou mercredi-jeudi. Les autres jours elle faisait le ménage, les courses et rendait visite à sa sœur. Les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_, qui retenait une capacité de travail de 100% et diminution de rendement de 20% ou de 80% sans diminution du rendement, restaient dès lors entièrement valables.

Le 13 juillet 2017, Me Hofstetter a écrit à l'OAI pour lui demander si au vu du rapport de la Dresse R. \_\_\_\_\_, il envisageait de compléter l'instruction. Il se déclarait également à disposition pour en discuter lors de l'entretien.

Par décision du 28 août 2017 adressée à l'assurée, et non pas à Me Hofstetter, l'OAI a confirmé son projet de décision du 24 février 2017

tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2014 au 29 février 2016.

Le 23 octobre 2017, l'assurée, par son avocat, a transmis à l'OAI un rapport du 17 octobre 2017 établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecine psychosomatique et psychosociale, selon lequel l'assurée présentait un état dépressif majeur, justifiant un traitement par Citalopram qui avait eu un bon effet dans un premier temps et qui avait permis à l'assurée de reprendre son activité à 50% dès le 31 août 2017. L'assurée avait cependant dû être arrêtée à 100% dès le 3 octobre 2017 en raison de la fatigue qu'elle présentait et de sa fragilité.

Le 26 octobre 2017, l'OAI a informé Me Hofstetter que le dossier de l'assurée était clos depuis la notification de la décision du 28 août 2017 pour une rente limitée dans le temps. L'OAI invitait l'assurée à déposer une nouvelle demande AI avec à l'appui le certificat du Dr X.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 27 octobre 2017 à l'OAI, Me Hofstetter a contesté avoir reçu une décision concernant l'assurée. Il a requis une copie du dossier complet de la cause, que l'OAI lui a adressé le 1<sup>er</sup> novembre 2017.

**B.** Par acte du 13 novembre 2017, K.\_\_\_\_\_, sous la plume de son avocat, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 28 août 2017 rendue par l'OAI. Elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mai 2016, puis à une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016, et subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. Me Hofstetter a fait valoir que la décision litigieuse avait été portée à sa connaissance le 2 novembre 2017 seulement, lorsqu'il avait reçu copie du dossier de la cause, niant au surplus que la décision du 28 août 2017 avait été notifiée à la recourante directement. Par conséquent, son recours n'était pas tardif. Sur le fond, la recourante a considéré que l'autorité de céans devait

pouvoir, sur la seule base des rapports médicaux au dossier de l'intimée, admettre le recours et lui accorder une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016, les médecins étant unanimes à déclarer que la reprise du travail à 50% correspondait à ce qui était exigible. A défaut, la recourante sollicitait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer sa capacité de travail résiduelle, l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ n'étant à son sens pas probante. Elle a en particulier souligné le caractère monodisciplinaire de cette expertise, rédigée par un médecin interniste non qualifié pour apprécier toutes les facettes de sa problématique médicale, notamment au plan psychiatrique et oncologique. Par ailleurs, le Dr W. \_\_\_\_\_ avait modifié son rapport à la demande de l'OAI, en fixant au 1<sup>er</sup> janvier 2016, et non plus au 1<sup>er</sup> janvier 2017, la date à laquelle elle était supposée être capable de travailler à 80%, ce qui était de nature à faire douter de l'indépendance de l'expert.

L'intimée a répondu le 4 janvier 2018, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

La recourante a répliqué le 18 janvier 2018, en réitérant les arguments déjà exposés dans le cadre de son recours.

Le 5 février 2018, la recourante a produit deux documents, à savoir :

- un rapport du 22 décembre 2017 établi par la Dresse [...], spécialiste en neurochirurgie et les psychologues [...] et [...], lesquels ont mis en évidence, dans le cadre d'un examen neuropsychologique, des troubles exécutifs modérés associés à un fléchissement attentionnel. Ces troubles étaient susceptibles de s'inscrire dans le contexte des troubles de l'humeur mais une autre origine, notamment oncologique, ne pouvait être exclue.

- un rapport du 20 janvier 2018 établi par le Dr X. \_\_\_\_\_, lequel indiquait avoir adressé la recourante à la Dresse [...], spécialiste en psychiatrie, pour un suivi psychiatrique, et reconduit son arrêt de travail à 100%.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, Me Hofstetter conteste que lui-même ou la recourante a reçu la décision du 28 août 2017 avant la réception du dossier de l'OAI le 2 novembre 2017. En l'absence de preuve de la notification de la décision du 28 août 2017 – que ce soit à l'assurée ou à son mandataire– il convient d'admettre que la décision litigieuse n'a pas été notifiée avant le 2 novembre 2017. On observera dans ce contexte, que l'OAI aurait dû notifier la décision du 28 août 2017 directement à Me Hofstetter et non à l'assurée, puisque ce dernier avait dûment communiqué son mandat et la constitution d'un domicile de notification à son étude. Par ailleurs, la situation aurait voulu que l'OAI réponde au courrier de Me Hofstetter du 13 juillet 2017 avant de statuer sur la cause. Le point de savoir si, au-delà des règles de courtoisie, le droit d'être entendu imposait une telle réponse peut être laissé ouverte, en l'absence de grief sur ce point et dans la mesure où une éventuelle violation du droit d'être entendu pourrait être réparée dans la présente procédure de recours.

Par conséquent, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le taux d'invalidité présenté par la recourante dès le 1<sup>er</sup> mars 2016, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle dès cette date.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**c)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**4. a)** En l'occurrence, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du 5 décembre 2016 et son complément du 6 février 2017 pour reconnaître à la recourante une capacité de travail et de gain de 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. L'assurée conteste pour sa part le caractère probant de l'expertise en question et allègue une capacité de travail de 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2016.

La Cour de céans relève avec la recourante que le Dr W.\_\_\_\_\_ a modifié, sans aucune explication, les conclusions de son expertise en avançant d'une année la date de l'exigibilité d'une reprise du travail à 80%, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Une telle modification de ses conclusions impliquait, au minimum, de la part du Dr W.\_\_\_\_\_, qu'il prenne une position circonstanciée en détaillant les raisons pour lesquelles il estimait désormais que la recourante pouvait travailler à 80% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. En modifiant son rapport d'expertise de la sorte, sur la seule base d'un questionnaire complémentaire adressé par le SMR, il laisse planer un sérieux doute, sinon sur son indépendance, du moins sur son degré de conviction quant à l'exigibilité désormais attestée et sa capacité à motiver dûment la modification de ses constatations.

Cela étant, l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_ soulève effectivement, à juste titre, quelques doutes sur l'incapacité de travail persistante de 50 % attestée par les médecins traitants. De façon pertinente, il souligne notamment qu'une telle incapacité de travail s'accommode mal d'une activité exercée trois jours consécutivement à 80 %, une semaine sur deux, et deux jours consécutivement à 80 % une semaine sur deux. En revanche, l'expert est moins convainquant lorsqu'il observe que les symptômes que présente l'assurée n'ont que peu de retentissement sur sa vie quotidienne, alors qu'on lit dans une note de suivi du CHUV, rédigée le 29 juillet 2016, qu'outre l'arrêt de travail à 50 %, l'atteinte à la santé a un retentissement «+++», avec une labilité émotionnelle, que l'assurée présente une baisse de la libido et une qualité de vie considérablement impactée et que le traitement par exemestane a été arrêté en août 2015 en raison d'intolérance

(nausées, vomissements, fatigue, douleurs, etc.). La Dresse [...] fait un constat similaire dans son rapport du 10 août 2016.

L'expert semble également accorder une certaine importance au fait que l'asthénie persiste malgré l'arrêt de l'hormonothérapie. Les médecins traitants ont toutefois exposé qu'il n'était pas rare que l'asthénie se prolonge après l'arrêt des traitements (cf. rapport du 24 mai 2017 de la Dresse R.\_\_\_\_\_). Par ailleurs, l'hormonothérapie n'avait pas que l'asthénie pour effet. Les autres symptômes provoqués par ce traitement étaient à l'évidence importants, puisque la recourante, en dépit des recommandations de ses médecins et malgré le risque de récurrence de son cancer, a interrompu sa médication à plusieurs reprises entre novembre 2014 et août 2016. Le Dr W.\_\_\_\_\_ expose encore que l'assurée n'est pas démonstrative mais qu'il y a une majoration des plaintes concernant la fatigue, difficilement explicable dans le sens où l'intensité de la fatigue n'est pas en accord avec ce qui est usuellement observé à distance de la fin d'une chimiothérapie. Le caractère inusuel d'une fatigue intense persistant plusieurs années après la fin d'une chimiothérapie ne suffit toutefois pas à constater une majoration des plaintes dans un cas particulier. Le fait que l'assurée a retrouvé une capacité de travail «sub-complète» dès la cessation des indemnités journalières allouées par l'assurance perte de gain en novembre 2015 semble être une circonstance sur laquelle le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est appuyé pour former son appréciation (cf. expertise, p. 24). Or cette circonstance ne traduit pas un manque de volonté de la recourante de reprendre une activité correspondant à sa capacité de travail réelle aussi longtemps qu'elle bénéficiait d'indemnités journalières, contrairement à ce que laisse entendre l'expert par cette observation. La recourante a exposé, de manière probante, qu'elle a repris une activité à 80 % par nécessité financière, contre l'avis de son médecin traitant qui préconisait une reprise du travail à 50 % seulement (opposition du 19 février 2016). Cette allégation est corroborée par un courrier du 5 octobre 2015 de la Ligue vaudoise contre le cancer à l'OAI, dans laquelle une assistante sociale expose que le 6 novembre 2015, une reprise du travail ferait

l'objet d'une discussion avec l'oncologue traitant, ce dernier évoquant pour l'heure une reprise du travail à 20 %. Dans ce contexte, la réponse du 25 novembre 2015 du Dr C.\_\_\_\_\_ à un questionnaire de l'OAI, faisant état d'une reprise du travail à 100 % dès le 9 novembre 2015, est manifestement erronée. La recourante n'a repris qu'à 80%, très probablement contre l'avis des médecins traitants, par nécessité financière et sans qu'il soit établi, à ce stade, que cela correspondait à sa capacité de travail réelle. Quoi qu'il en soit, les médecins traitants ont par la suite attesté une incapacité de travail totale du 18 janvier au 21 janvier 2016, puis du 19 février au 28 février 2016, avant de fixer à 50 % l'incapacité de travail dès le 29 février 2016. Sur ce point également, la valeur probante de l'expertise établie par le Dr W.\_\_\_\_\_ est fragilisée, tant en ce qui concerne son appréciation de la capacité résiduelle de travail que la date à laquelle il fixe l'exigibilité d'une reprise du travail à 80 %.

**b)** Dans le cadre de son recours, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, menée par un oncologue, un neurologue et un psychiatre. Au vu de ce qui précède, et compte tenu du traitement antidépresseur introduit par le Dr X.\_\_\_\_\_, une expertise menée conjointement par un oncologue, un spécialiste en médecine interne et un psychiatre paraît justifiée. On observera dans ce contexte que l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_, en ce qui concerne la date de l'exigibilité fixée dans un second temps, présente une valeur probante insuffisante, que l'aspect psychiatrique n'a pas encore fait l'objet d'investigation et qu'aucun expert oncologue ne s'est exprimé sur le cas de la recourante. Dans ces conditions, un renvoi à l'assurance intimée pour qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA, plutôt que l'administration d'une expertise judiciaire, est opportun et la jurisprudence du Tribunal fédéral ne s'y oppose pas (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3ème éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA).

**5. a)** Il résulte des considérants que le recours doit être admis pour constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents, que la décision attaquée doit être annulée et que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision .

**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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD), dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs (art. 61 let. g LPGA et art. 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

En l'espèce, les dépens sont fixés à 2'400 fr. vu l'ampleur du dossier et sa complexité. Le montant des dépens sera mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 28 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaire, arrêté à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière:

**Du**

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne (pour K. \_\_\_\_\_),
- 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 :