

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin,
avocate à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI ;
88a RAI**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], en Suisse depuis 2007, sans formation certifiée, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 16 janvier 2015, en indiquant souffrir d'un cancer du sein depuis le 31 juillet 2014. Elle était employée comme femme de ménage et femme de chambre pour deux employeurs, à respectivement 70 % et 40 %. Elle était en incapacité de travail totale depuis la découverte de l'atteinte à sa santé.

Dans un rapport du 30 septembre 2015, la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, retenait les diagnostics suivants :

- « - Carcinome invasif du quadrant supéro-externe du sein droit avec status après biopsie du sein droit le 02.07.2014
- Status post-tumorectomie du sein droit et recherche de ganglion sentinelle droit le 31.07.2014 avec une parésie du membre supérieur droit séquellaire
- Status après chimiothérapie adjuvante de 4 cycles de Docetaxel / Cyclophosphamide du 15.09. au 1.12.2014
- Status après 17 séances de radiothérapie jusqu'en février 2015
- Hormonothérapie par Tamoxiphène.
- Dysomnie sévère
- Altération de l'électroencéphalogramme actuellement en investigation
- Etat dépressif réactionnel dans un contexte oncologique »

Selon la Dre J._____, l'assurée présentait une importante asthénie, des céphalées, d'importants troubles du sommeil, ainsi que des troubles dépressifs. L'incapacité de travail était totale.

Le 30 novembre 2015, la Dre F._____, spécialiste en oncologie médicale, a répondu comme suit à des questions soumises par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) :

« 1-Quelle est l'évolution de la maladie ?

Réponse : Mme W._____ est suivie à notre consultation d'oncologie ambulatoire dans le cadre d'un Carcinome invasif NST du sein droit de stade IA, hormonosensible traité par tumorectomie en juillet 2015 suivi d'une chimiothérapie adjuvante et radiothérapie

adjuvante. Dès la fin de la radiothérapie nous avons essayé l'introduction d'une hormonothérapie par Tamoxifène qui a dû être interrompue à plusieurs reprises en raison des effets secondaires.

2-Quels sont les traitements en cours ?

Réponse : Actuellement la patiente n'a pas de traitement médicamenteux. Cependant, elle est suivie de manière régulière en psycho-oncologie et dans le service d'oncologie ambulatoire.

3-Votre patiente est-elle en rémission ?

Réponse : La patiente est en rémission de son carcinome mammaire, néanmoins, son incapacité de travail n'est pas liée à sa maladie initiale actuellement.

4-Quelle est la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

Réponse : Malheureusement, la patiente n'est toujours pas apte de reprendre son activité professionnelle. L'origine des multiples plaintes que présente la patiente reste peu explicite, mais une insomnie extrêmement importante a pu être objectivée au laboratoire du sommeil.

5-Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Réponse : Malheureusement, aucune possibilité d'adaptabilité au travail à ce jour.

6-Si cette dernière ne devait pas être de 80-100 % à 3 mois de la chimiothérapie, quelles en sont les raisons ?

Réponse : Les origines de l'incapacité de travail sont peu explicites. La patiente présente une insomnie extrêmement importante avec moins d'une heure de sommeil par nuit, comme objectivé au laboratoire du sommeil. La patiente bénéficie d'un suivi psychologique et nous continuons d'investiguer ses différentes plaintes.

7-Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Réponse : Avec une heure de sommeil par nuit, la patiente n'est pas capable de se concentrer sur une longue période. A ce jour, elle n'est même pas apte à s'occuper complètement et indépendamment des tâches ménagères. Une activité professionnelle n'est pas envisageable actuellement. »

Priée d'expliquer la raison pour laquelle elle retenait une réduction de la capacité de travail, la Dre J. _____ a répondu, le 29 janvier 2016, que sa patiente souffrait d'un trouble intrinsèque du sommeil avec une dyssomnie sévère et un temps de sommeil réduit à 30-60 minutes par nuit en absence de somnolence diurne. D'autre part, elle souffrait également d'un trouble dépressif relationnel qui était en traitement chez les neurologues et les soins palliatifs au [...]. Pour ces raisons, la patiente n'était plus apte à reprendre son travail.

Interrogées par l'OAI, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D._____, psychologue associée, du [...], ont rendu un rapport le 18 mai 2016, retenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anxiété généralisée (F41.1) et d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), existant depuis 2014. L'état de la patiente était en train de se chroniciser sur le plan psychiatrique. L'assurée présentait un état de fatigabilité très important dû à ses troubles du sommeil chroniques, de nature à interférer avec une activité professionnelle qui nécessitait un certain rendement. De plus, la patiente se plaignait de douleurs dorsales récurrentes susceptibles d'entraîner des difficultés à réaliser les tâches quotidiennes à domicile. Elle rapportait également des sensations de froid dans le corps depuis sa chimiothérapie et craignait par conséquent les variations de températures, telles qu'elle les vivait sur son ancien lieu de travail (boucherie). Elle faisait part également de voix intérieures – sans qu'il s'agisse pour autant d'hallucinations auditives – qui lui auraient dicté un certain comportement à tenir ainsi que des troubles de la concentration et de la mémorisation. L'assurée n'était pour le moment pas apte à reprendre une activité professionnelle.

Par rapport du 4 juillet 2016, la Dre F._____ a confirmé notamment que le pronostic était favorable sur le plan oncologique, sans toutefois pouvoir se prononcer concernant les douleurs chroniques et les insomnies.

L'OAI a mandaté la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en vue d'une expertise. L'experte a rendu un rapport le 10 mars 2017, retenant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, présent depuis novembre 2015, ainsi que les diagnostics sans effets sur la capacité de travail de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) et de difficulté en lien avec l'emploi et le chômage (Z56.0). La capacité de travail sur le plan psychique était de 75 % au minimum depuis début janvier 2016 et devait pouvoir évoluer

favorablement sous traitement antidépresseur en quatre mois environ pour atteindre 100 %.

Le SMR, par le Dr H._____, médecin praticien, a conclu dans un avis du 28 avril 2017, que dès janvier 2016, l'atteinte psychiatrique telle que mentionnée par l'experte n'était pas incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. La capacité de travail de l'assurée était dès lors entière dans toute activité dès cette date.

Dans un courrier du 29 août 2017, l'assurée a informé l'OAI de ce qu'elle était à la recherche d'un emploi à 50 %. Elle a joint à son courrier un certificat médical de la Dre F._____ du 23 mai 2017 attestant une capacité de travail pour ce taux dès le 1^{er} mai 2017 dans une activité n'impliquant pas de soulever de poids lourds, ni d'effectuer des mouvements des bras au-dessus de la tête ou répétitifs.

Par projet de décision du 9 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2015 au 31 mars 2016, compte tenu d'une pleine capacité de travail à compter de janvier 2016.

Le 11 mai 2018, représentée par Me Jean-Michel Duc, l'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision. A l'appui de ses écritures, elle a produit en particulier les rapports médicaux suivants :

- Un rapport établi le 11 avril 2018 par la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au [...][...], posant les diagnostics d'insomnie chronique d'endormissement et de maintien du sommeil, d'origine plurifactorielle « secondaire à un trouble anxiodépressif, composante psychophysiologique, composante de mauvaise hygiène de sommeil, composante secondaire à un cancer du sein droit traité par tumoréctomie, chimiothérapie et radiothérapie », de status post cancer du sein droit et de douleurs diffuses poly-investiguées, d'origine incertaine.

- Un rapport du 20 avril 2018, dans lequel la Dre F._____ exposait que l'assurée n'avait jamais complètement récupéré des effets secondaires apparus durant la chimiothérapie et l'hormonothérapie adjuvante, notamment des douleurs diffuses de la colonne vertébrale du niveau cervical jusqu'au niveau lombaire avec irradiation dans le membre supérieur droit et inférieur droit sous forme de fourmillements, de douleurs ainsi que de faiblesse musculaire. Les douleurs empêchaient l'assurée de marcher normalement et il lui arrivait régulièrement de lâcher des objets avec la main droite. Les différents traitements antalgiques tentés avaient été soit inefficaces soit présentaient trop d'effets secondaires. L'insomnie avait été objectivée à deux reprises en laboratoire du sommeil et par un enregistrement à domicile sur plusieurs jours. Une incapacité de travail de 50 % était attestée depuis le 1^{er} mai 2017 à la demande de l'assurée qui souhaitait à tout prix reprendre une activité professionnelle pour des raisons financières.

- La lettre du 18 mai 2018, par laquelle la Dre F._____ a répondu au mandataire de l'assurée, qui demandait si celle-ci présentait un syndrome de « cancer-related fatigue » :

« Mme W._____ souffre d'une atteinte complexe dans sa santé avec probablement une des composantes étant un syndrome de « cancer-related fatigue » suite à la chimiothérapie qu'elle a reçue pour son cancer diagnostiqué en 2014 et traité par chirurgie suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie. Il y a de multiples études qui constatent que certaines patientes peuvent souffrir d'une fatigue prolongée pendant des mois voire des années après un traitement complexe contenant surtout un traitement systémique par chimiothérapie même en l'absence de récurrence de la maladie cancéreuse. Néanmoins, Mme W._____ ne souffre pas uniquement d'un syndrome de « cancer-related fatigue ». Elle présente une fatigue multifactorielle qui est également liée à un choc psychologique qu'elle a subi lors de l'annonce du diagnostic et qui était comme une condamnation à mort avec des symptômes d'un stress post traumatique. Dans ce contexte, Mme W._____ a également développé des douleurs multiples non expliquées par des anomalies physiologiques mais clairement présentes et constituent un facteur empêchant une activité professionnelle. Mme W._____ a été vue par de nombreux médecins afin d'essayer de comprendre les troubles du sommeil, les douleurs mal systématisées, des déficits neurologiques ainsi que sa souffrance psychologique et de maintes

approches médicamenteuses et non médicamenteuses ont été entreprises. Malheureusement, à l'heure actuelle, Mme W. _____ ne présente pas une amélioration significative de son état de santé rendant une activité professionnelle impossible. Il est difficile de faire un pronostic par rapport à l'évolution de son état de santé, de fatigue et de douleurs plurifactorielles comme expliqué ci-dessus mais on ne peut certainement pas espérer une amélioration rapide avec une réintégration rapide dans le monde professionnel. D'un point de vue oncologique, la patiente présente un bon pronostic avec un risque de récurrence faible. »

- Un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 2 juillet 2018, concluant à la présence d'une discarthrose étagée visible depuis L2 jusqu'à S1, d'une facettarthrose étagée également visible depuis L2 jusqu'à S1 devenant hypertrophique sur L3-L4 et L4-L5, d'une petite hernie discale de localisation paramédiane droite sur L4-L5 et d'une protrusion médiane et paramédiane bilatérale au niveau L2-L3 et L3-L4.
- Les réponses données le 11 juillet 2018 par la Dre M. _____ et la psychologue associée V. _____ à des questions de Me Duc, dans lesquelles elles exposaient que l'état de santé psychique de l'assurée avait peu évolué depuis 2014, avec un trouble dépressif d'intensité moyenne et des troubles du sommeil fortement invalidants. Ne se prononçant pas sur l'existence d'un syndrome de « cancer related fatigue », elles ont exposé que la capacité de travail résiduelle était de 20 % dans une activité adaptée. L'intéressée ne pouvait effectuer des activités nécessitant une attention soutenue et devait avoir la possibilité de faire des pauses régulières et bénéficier d'un encadrement de son activité. Son rendement était réduit. Elle n'avait pas réussi à accomplir une mesure d'intégration au taux de 40 %, ni réaliser une journée entière de travail lors d'un stage dans une blanchisserie. Ayant la volonté de travailler, elle s'était actuellement engagée dans une activité de garde d'enfant à domicile deux jours par semaine, mais ne pouvait garder qu'un seul enfant et avait besoin du soutien et de la présence de sa fille aînée.
- Les réponses faites le 18 janvier 2019 par la Dre F. _____ à de nouvelles questions de Me Duc, faisant état de l'absence

d'amélioration depuis mai 2018. La capacité de travail ne dépassait pas 20 % dans une activité adaptée, soit une activité offrant la possibilité de faire des pauses, ne nécessitant pas une concentration prolongée et tenant compte des douleurs en cas d'activité physique. Aucun nouveau diagnostic n'avait pu être posé.

L'OAI s'est en outre fait remettre l'ensemble des rapports médicaux établis par les différents spécialistes consultés par l'assurée depuis la découverte de son cancer, dont en particulier les pièces suivantes :

- Un rapport établi le 30 août 2018 par les Drs B._____, spécialiste en neurologie et oncologie médicale, et T._____, spécialiste en neurologie, posant les diagnostics principaux de douleurs chroniques brachio-crurales droites probablement post chimiothérapie en 2014 et de syndrome du canal carpien bilatéral depuis 2015. L'IRM lombaire ne montrait pas d'évidence de conflit radiculaire et l'examen neurologique était rassurant, avec quelques signes de surcharge fonctionnelle, de sorte qu'il s'agissait de douleurs chroniques post chimiothérapie.
- Un rapport de polysomnographie établi le 26 février 2019 par la Dre S._____, concluant à l'exclusion d'un trouble intrinsèque du sommeil et retenant le diagnostic de dyssomnie par trouble de l'endormissement et trouble de la continuité du sommeil.
- Un rapport d'IRM des épaules du 12 février 2019, concluant à la présence, à gauche, d'arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinopathie du sus-épineux avec déchirure non transfixiante partielle de son versant articulaire, d'une tendinopathie importante du tendon du sous-scapulaire et d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne, et à droite, d'une légère arthrose acromio-claviculaire, d'une tendinopathie du sus-épineux et du sous-scapulaire, d'une petite déchirure interstitielle du sus-épineux et d'une bursite sous-acromio-deltoïdienne.

- Un rapport de consultation établi le 8 mai 2019 par le Dr L._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, posant les diagnostics d'acouphène neurosensoriel aigu droit d'origine indéterminée et de syndrome myofascial sur dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite, survenu trois semaines auparavant.
- Un rapport d'IRM cérébrale et angio-IRM du 3 juin 2019, concluant à l'absence de processus expansif intracrânien, d'anomalie du paquet acoustico-facial, d'anomalie de signal des structures de l'oreille interne, de lésion parenchymateuse suspecte ou d'anévrisme.
- Un rapport d'IRM lombaire du 2 octobre 2019, concluant à des altérations dégénératives pluri-étagées débutantes, sans conflit radiculaire.
- Un rapport de tomographie (CT Scan) abdominale et des creux sus-claviculaires, concluant à l'absence d'explication radiologique à la symptomatologie douloureuse aussi bien au niveau du creux sus-claviculaire que latéro-abdominal gauche et à une discrète accentuation du nombre des ganglions de la racine du mésentère.

Suivant un avis médical rendu le 11 juillet 2019 par le SMR, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets de médecine interne, neurologie, rhumatologie et psychiatrie, laquelle a été confiée à l'O._____. Les Drs R._____, spécialiste en médecine interne, N._____, spécialiste en neurologie, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, spécialiste en rhumatologie, ont examiné l'assurée les 23 juin, 21 et 29 juillet et 2 septembre 2020, puis ont rendu leur rapport le 8 octobre 2021, comprenant une appréciation générale interdisciplinaire et quatre rapports spécialisés. Les experts ont retenu les diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.0), majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) avec syndrome

douloureux chronique d'origine indéterminée, insomnie non organique (F51.0), discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien (G56.0) et céphalées de tension (F45.4). Ils ont précisé qu'en l'absence de pathologie de l'appareil locomoteur spécifique, il n'était pas retenu de limitation fonctionnelle de nature rhumatologique. Les limitations fonctionnelles retenues étaient des diminutions légères de la capacité à planifier une tâche, de la capacité d'adaptation, de l'endurance et de la capacité d'affirmation. En outre, l'activité devait être simple. Les experts ont ajouté que les traits de personnalité caractérisés avec une irritabilité présentés par l'assurée n'avaient jamais eu jusqu'alors de retentissement sur sa capacité à s'intégrer dans son milieu professionnel et que l'intéressée disposait de ressources résiduelles ainsi que d'un réseau familial et amical soutenant. Ils ont par ailleurs exposé qu'il existait une discordance entre l'intensité des plaintes et les données cliniques et radiologiques, discordance qui s'intégrait dans le cadre d'une majoration des symptômes physiques, étant relevé que l'ensemble des domaines de la vie n'étaient pas uniformément limités. Les experts ont conclu que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans toute activité, en précisant qu'ils avaient tenu compte, de manière consensuelle, d'une baisse de rendement de 30 % induite par la diminution de l'endurance liée à l'état dépressif et aux troubles du sommeil.

Prenant connaissance de cette expertise, le SMR a considéré le 7 décembre 2020 qu'elle était concluante grâce à une discussion convaincante et qu'il fallait ainsi retenir une incapacité de travail totale de juillet 2014 à décembre 2015, puis une incapacité de travail de 30 % dès janvier 2016, soit une capacité de travail dans toute activité de 70 %, et une aptitude à la réadaptation dès janvier 2016.

L'assurée, désormais représentée par Me Marine Girardin, s'est déterminée par écrits des 8 et 21 janvier 2021. Contestant la valeur probante de l'expertise de l'O._____, elle a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. A l'appui de ses écritures, elle a joint en particulier les pièces médicales suivantes :

- Les réponses données le 12 juin 2020 par la Dre J. _____ au mandataire, faisant état d'une aggravation de l'état de santé au cours des derniers mois, en raison d'un syndrome douloureux surtout au niveau des membres supérieurs, hanche et genou gauches, en cours d'investigation, avec un probable diagnostic de polyarthrite séronégative versus connectivite indifférenciée.
- Un rapport établi le 8 janvier 2021 par le Prof. C. _____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de « probable connectivite de type lupus et/ou syndrome de Sjögren, avec atteintes articulaires (arthrites et arthralgies), musculaire (myalgies), cutanée (pernio), phénomènes de Raynaud, syndrome sec, [anticorps anti-nucléaires], et bonne réponse à la prednisone », de « thrombocytopénie, probablement dans le cadre de la connectivite, éventuellement médicamenteuse, post chimiothérapie » et de « probable syndrome anxio-dépressif secondaire au cancer mammaire avec chimiothérapie et radiothérapie, aux douleurs chroniques liées à cette probable connectivite, et au sentiment d'incompréhension asséculoologique ». Il concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité, à réévaluer après traitement, les limitations fonctionnelles étant une grande difficulté aux déplacements, à la station debout prolongée, aux manutentions et autres tâches impliquant les membres supérieurs, une grande fatigue et une très grande fatigabilité. Le Prof. C. _____ relevait que des symptômes rhumatologiques étaient apparus à la suite de la chimiothérapie et surtout de l'hormonothérapie, alors que deux médicaments connus pour entraîner des syndromes immuno-inflammatoires de type lupus avaient été utilisés.

Par courrier du 5 mars 2021, suivant l'appréciation du SMR du 25 février 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée que les pièces médicales transmises à l'appui de ses déterminations des 8 et 21 janvier 2021 constituaient une appréciation médicale différente de la situation. En conséquence, il allait rendre une décision fondée sur les conclusions de

l'expertise de l'O. _____ du 8 octobre 2020 et lui nier le droit à une rente d'invalidité à compter de la fin mars 2016.

Par décision du 13 avril 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 avril 2018 et a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière du 1^{er} juillet 2015 au 31 mars 2016.

B. Par acte du 17 mai 2021, représentée par Me Marine Girardin, W. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière postérieurement au 31 mars 2016, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision. En substance, elle remet en cause les conclusions de l'expertise de l'O. _____, en particulier son volet rhumatologique, en se prévalant du rapport du Prof. C. _____ du 8 janvier 2021. Quant au taux d'invalidité, elle l'estime à 89.97% en comparant son revenu sans invalidité, évalué à 4'550 fr., avec le revenu qu'elle réalisait à 20% comme maman de jour, qui s'est monté à 456 fr. pour le mois d'avril 2021. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comprenant les volets de rhumatologie, psychiatrie, médecine interne et neurologie.

Dans sa réponse du 6 juillet 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 1^{er} novembre 2021, la recourante a maintenu sa position. Elle a en particulier produit un rapport établi le 29 novembre 2021 par le Prof. C. _____, selon lequel le diagnostic de connectivite indifférenciée était confirmé et affiné, avec anticorps anti-nucléaires (ANA) et des atteintes sur les plans articulaire, vraisemblablement neurologique (signes objectifs à l'électro-neuromyogramme [ENMG] d'atteintes tronculaires multiples et anticorps anti-Asialo GM1), hématologique et vraisemblablement vasculopathique avec phénomène de Raynaud et œdèmes de l'hémiface. L'incapacité de travail était totale dans toute

activité à ce stade, une amélioration future par le traitement entrepris étant cependant vraisemblable.

Avec sa duplique du 22 novembre 2021, l'intimé a renvoyé à l'avis SMR du 10 novembre 2021 joint à son écriture. La Dre P._____, spécialiste en médecine légale, y exposait que la dernière pièce médicale versée par la recourante ne décrivait aucune modification objective et durable de l'état clinique sur les plans somatique ou psychiatrique depuis l'expertise pluridisciplinaire, de sorte que celle-ci restait pleinement convaincante. Elle préconisait néanmoins, compte tenu du nouveau diagnostic rhumatologique posé, de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, neurologie, psychiatrie et médecine interne auprès d'un autre centre d'expertises.

Dans des déterminations du 22 décembre 2021, la recourante a conclu à ce que l'intimé soit condamné à la prise en charge des frais d'établissement des rapports du Prof. C._____, des 8 janvier et 29 octobre 2021, à hauteur de 528 fr. 70 et a produit les factures correspondantes.

Le 19 janvier 2022, l'intimé a admis que les rapports du Prof. C._____ l'avaient incité à proposer la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, admettant dès lors la prise en charge du montant global desdits rapports, par 528 fr. 70.

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, 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente, et, dans l'affirmative, de quel taux, au-delà du 31 mars 2016.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 13 avril 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables,

par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) En l'espèce, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente limitée dans le temps, du 1^{er} juillet 2015 au 31 mars 2016. Il a retenu qu'à compter de janvier 2016, elle avait récupéré une capacité de travail de 70 % dans son activité habituelle de femme de ménage et ne présentait qu'un degré d'invalidité de 30 % dès 2016, si bien que le droit à la rente n'était plus ouvert postérieurement au 31 mars 2016 en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI.

Il n'est ainsi pas contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du mois de juillet 2014 au mois de janvier 2016, dans les suites du carcinome invasif du sein droit et des traitements y relatifs. Se pose toutefois la question de savoir si cette incapacité s'est prolongée au-delà du mois de janvier 2016 et, dans l'affirmative, dans quelle proportion.

b) Sur le plan rhumatologique, la recourante a mis en cause en particulier l'appréciation du Dr Z. _____, au motif qu'il se déterminait de manière définitive quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles, alors qu'il posait un diagnostic incertain et non définitif, en tant notamment qu'il retenait que le diagnostic de connectivite indifférenciée ne pouvait être exclu (cf. ch. 6b, p. 5 et 6 du rapport d'expertise rhumatologique du 31 juillet 2020) et qu'une éventuelle connectivite pourrait être confirmée par la suite (cf. ch. 7.2, p. 7 du

rapport d'expertise rhumatologique). Or, dans le cadre de la procédure de recours, la recourante a produit diverses pièces, dont un rapport du 29 octobre 2021 du Prof. C._____, qui a posé le diagnostic de connectivite indifférenciée, avec actuelle incapacité de travail totale.

La Dre P._____ a alors relevé, dans son avis SMR du 10 novembre 2021, que les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique rapportées par le Prof. C._____, qui figuraient déjà dans son rapport de janvier 2021, étaient en contradiction avec les constats faits au cours de l'expertise rhumatologique en octobre 2020, l'expert n'ayant observé aucune limitation fonctionnelle significative malgré une importante souffrance subjective. Rappelant que la recourante était connue pour une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques, la Dre P._____ a par ailleurs noté qu'aucun rapport médical d'un spécialiste en psychiatrie n'avait été versé au dossier depuis l'expertise pluridisciplinaire. Ainsi, après analyse de la situation, le SMR était d'avis que l'expertise du 8 octobre 2020 de l'O._____ restait toujours convaincante et concluante, mais recommandait néanmoins la mise en place d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, neurologie, psychiatrie et médecine interne, auprès d'un nouveau centre d'expertise, au vu du nouveau diagnostic rhumatologique (connectivite indifférenciée objectivée), afin d'écartier tout doute.

Il faut dès lors constater que le nouveau diagnostic appelle de plus amples discussions interdisciplinaires et justifie la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comme le demandent les parties, l'OAI ayant admis de reprendre l'instruction de la cause, acquiesçant implicitement aux conclusions subsidiaires du recours.

c) L'instruction devant être complétée, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une nouvelle expertise conformément à l'art.

44 LPGA comportant un volet rhumatologique, psychiatrique, neurologique et de médecine interne. Cela fait, il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments de la recourante.

8. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, vu l'issue du litige.

c) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des frais de procédure (cf. TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63). Les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 115 V 62 consid. 5c ; TF 8C_61/2016 précité consid. 6.1 in fine ; 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR UV n° 24 p. 75).

En l'occurrence, la recourante a requis la prise en charge par l'intimé des frais d'établissement des rapports du Prof. C. _____ des 8 janvier et 29 octobre 2021. L'intimé a admis que ces rapports l'avaient incité à proposer la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Il y a dès lors lieu d'en mettre les frais à charge de l'intimé.

d) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il y a lieu de fixer à 3'500 fr., débours et TVA compris, et de mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 13 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Les frais d'établissement des rapports du Prof. C. _____ des 8 janvier et 29 octobre 2021, à hauteur de 528 fr. 70 (cinq cent vingt-huit francs et septante centimes), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W. _____ la somme de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Marine Girardin (pour W. _____),
- 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 :