

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 janvier 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
M. Piguet, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI ; art. 7, 8 et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, mère de deux enfants nés en 2006 et 2010, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce dans le domaine bancaire, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 29 juin 2012 en signalant une dépression existante depuis décembre 2011.

Dans un rapport du 2 juillet 2013, la Dre O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de personnalité anxieuse et de migraines. Elle a attesté d'une incapacité de travail du 13 février 2012 au 30 avril 2013, précisant que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail le 1<sup>er</sup> mai 2013.

Par décision du 21 juin 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2012 au 31 juillet 2013.

**b)** Atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué en juin 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 octobre 2018, en mentionnant une incapacité de travail depuis le 18 juin 2018 et être employée au taux de 90 % par H.\_\_\_\_\_ SA depuis le 15 mars 2016.

Le 3 décembre 2018, elle a complété un formulaire de détermination du statut en y indiquant que son taux d'activité serait de 100 % sans atteinte à la santé, mais qu'elle travaillait à 90 %, le pourcentage non-travaillé étant consacré à l'éducation et à la garde de ses enfants.

Dans un rapport du 8 janvier 2019, les Drs I.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et médecin assistant au

service d'oncologie de l'hôpital T.\_\_\_\_\_, ont mentionné que l'assurée était suivie pour un carcinome invasif du sein gauche de grade 3, diagnostiqué en juin 2018, actuellement sous chimiothérapie. Elle présentait une fatigue, des bouffées de chaleur et des troubles de la concentration. Ils ont attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité.

Dans un rapport du 21 mars 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin assistant au service d'oncologie de l'hôpital T.\_\_\_\_\_, a informé l'OAI que l'assurée avait subi une double mastectomie le 19 janvier 2019 et qu'elle bénéficiait d'un traitement d'anticorps dont la compliance était excellente. Elle présentait une fatigue de grade II, un déconditionnement avec dyspnée à l'effort, des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire et des paresthésies de grade I au niveau des mains en amélioration. L'assurée était toujours en incapacité totale de travailler.

Le 14 mai 2019, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a lui aussi attesté une incapacité de travail de 100 % en raison de l'atteinte oncologique. Comme limitations fonctionnelles, il a évoqué le port de charges supérieures à 5 kg, le travail avec les bras tendus ou en l'air, les mouvements répétés des bras, la station debout prolongée qui était pénible, une fatigue chronique, une perte de la force musculaire dans les cuisses, des troubles de la concentration, des pertes de mémoire et des céphalées fréquentes.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 5 décembre 2019 entre le gestionnaire de l'OAI et l'assurance perte de gain en cas de maladie que le traitement de l'assurée était terminé depuis le 15 novembre 2019 et qu'elle allait reprendre son activité habituelle, le 6 janvier 2020, au taux de 20 %.

Le 8 avril 2020, le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin assistant au service d'oncologie de l'hôpital T.\_\_\_\_\_, a signalé la persistance d'une asthénie majeure et fait état d'une reprise du travail à 30 % depuis février 2020.

Dans un courriel du 21 avril 2020, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était à nouveau en arrêt de travail à 100 % en raison de la fatigue, de douleurs musculaires et de maux de tête.

Le 15 mai 2020, le Dr E.\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée avait tenté une reprise du travail progressive, d'abord à 20 % puis à 30 %, qui s'était soldée par un échec en raison d'une asthénie importante avec troubles de la concentration, insomnies et céphalées.

Le 26 mai 2020, la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin assistante au service d'oncologie de l'hôpital T.\_\_\_\_\_, a fait état d'une évolution stable et du souhait de l'assurée de retrouver le même travail à 80 %, précisant qu'il n'y avait pas de reprise du travail pour le moment.

Dans un courriel du 5 octobre 2020, l'assurée a informé l'OAI de son licenciement avec effet au 30 novembre 2020 et lui a transmis un rapport du 10 août 2020 relatif à un examen neuropsychologique effectué le 6 août 2020 au service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'hôpital T.\_\_\_\_\_. Cet examen avait mis en évidence de légers déficits en mémoire, de faibles capacités de planification et un trouble attentionnel associé à une fatigabilité intellectuelle modérée à sévère. L'ensemble de ces résultats était compatible avec une symptomatologie post-traitement médicamenteux. Il était également observé de possibles signes de la lignée anxio-dépressive et la mise en place d'un suivi psychologique au sein du service d'oncologie était recommandé.

L'OAI a confié un mandat d'expertise bidisciplinaire au centre Z.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, l'assurée a été examinée le 16 septembre 2020 par les Dres Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur évaluation consensuelle, elles ont retenu le diagnostic de carcinome invasif NST [type non spécial] du sein gauche de stade IIA et ont conclu à une capacité de travail de 40 % dans toute activité, soit 4 heures par jour à raison de 4 jours par semaine, dès juillet 2020.

Dans un avis du 10 novembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est demandé, au vu de l'évolution favorable de la situation et des activités que pouvait faire l'assurée dans son quotidien au jour de l'expertise en septembre 2020, s'il existait des raisons médicales pour restreindre la capacité de travailler des demi-journées à quatre jours par semaine et ne pas étendre la capacité de travail sur cinq jours. Elle a proposé d'interpeller l'experte oncologue à ce sujet.

Dans une lettre du 7 décembre 2020, la Dre Y.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : « Au vu de l'évolution favorable de la situation et des activités que peut faire l'assurée dans son quotidien, je pense raisonnable d'étendre la capacité de travail sur cinq jours. Il n'y a donc aucune raison médicale pour que le raisonnement de ne travailler que sur des demi-journées se limite à quatre jours ».

Dans un avis du 23 décembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_ a indiqué suivre les appréciations de l'experte oncologue et a conclu à une incapacité de travail de 100 % de juin 2018 à juin 2020, de 60 % de juillet à août 2020, puis de 50 % dès septembre 2020.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 16 février 2021, sur la base d'un entretien téléphonique avec l'assurée au lieu d'une visite à domicile en raison de la pandémie de COVID-19. Dans son rapport établi le jour-même, l'évaluateur a proposé de retenir un statut d'active à 90 % et un statut de ménagère à 10 %. Il a par ailleurs fixé à 31,5 % le taux d'empêchement relatif à la part ménagère.

Dans un projet de décision du 16 février 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2019 au 30 septembre 2020, une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2020, puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2020. Se basant sur l'avis du SMR, il a estimé qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 18 juin 2019, mais qu'une reprise du travail à 40 % était exigible depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2020. Pour la détermination du taux

d'invalidité, il s'est fondé sur l'évaluation économique sur le ménage pour retenir le statut d'active à 90 % et le statut de ménagère à 10 %, ainsi qu'un taux d'empêchement de 31,5 % pour la part ménagère.

Par courrier du 2 mars 2021, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Le 18 mai 2021, désormais représentée par Y. \_\_\_\_\_ SA, elle a complété ses objections. Elle a contesté le taux d'empêchement de 31,5 % pour la part ménagère, alléguant à ce sujet qu'en prenant en considération le bénéfice tiré de l'aide de son époux, l'OAI avait fait abstraction du fait qu'il exerçait une activité d'indépendant six jours sur sept. Elle a également critiqué l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'OAI à compter de juillet 2020. Elle a produit un rapport du 17 mai 2021 du Dr E. \_\_\_\_\_ concluant à une totale inaptitude au travail dans toute activité et précisant qu'il était plus juste de retenir une perte de 60 % des capacités de l'assurée à effectuer les travaux ménagers et à organiser sa vie quotidienne. L'assurée a également transmis à l'OAI un rapport du 17 mai 2021 de la Prof. F. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et de J. \_\_\_\_\_, psychologue adjointe, du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'hôpital T. \_\_\_\_\_. Il en ressort qu'elle a suivi un traitement neuropsychologique ambulatoire du 30 octobre 2020 au 30 avril 2021, que l'évolution était partiellement favorable au terme de ces séances, l'assurée ayant une meilleure connaissance des stratégies pouvant l'aider à surmonter ses difficultés cognitives et à mieux gérer son énergie. Elle restait néanmoins fatigable en vie quotidienne et limitée dans ses activités et des plaintes cognitives étaient toujours présentes.

Se déterminant le 29 juin 2021 sur les nouvelles pièces médicales versées au dossier, la Dre C. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'elles n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

Dans un courrier du 22 avril 2022, l'OAI s'est déterminé sur les objections formulées par l'assurée, estimant qu'elles n'étaient pas de nature à mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 12 mai 2022, il a confirmé le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2019 au 30 septembre 2020, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2020, puis à un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2020.

**B.** N.\_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, a recouru le 8 juin 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme dans le sens de la poursuite de l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2020. Elle a contesté essentiellement la capacité de travail retenue par l'intimé à compter de juillet 2020, estimant qu'elle s'élève tout au plus à 30 %. Elle a soutenu également que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % et non au taux de 90 % pris en compte par l'intimé.

Dans sa réponse du 11 août 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision contestée.

Par réplique du 25 août 2022, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a produit un rapport du 3 juin 2022 de la Dre O.\_\_\_\_\_ qui la suivait depuis avril 2021. La psychiatre traitante a indiqué que l'échec du traitement neurocognitif, qui n'avait pas permis une diminution de l'asthénie, avait eu un impact négatif sur la thymie de sa patiente. Son évaluation avait montré la présence d'une importante asthénie et des troubles de la concentration qui limitaient la recourante dans les activités de la vie quotidienne et l'activité professionnelle. Cette fatigue ne pouvait pas être exclusivement expliquée par un épisode anxio-dépressif et la Dre O.\_\_\_\_\_ a précisé que la littérature mentionnait la fatigue comme un effet secondaire fréquent du traitement par anticorps monoclonaux. Elle a ajouté que les troubles attentionnels et de la mémoire persistaient et que les capacités d'organisation de sa patiente étaient diminuées. Elle a conclu à une aggravation de l'état psychique au moins depuis la reprise du suivi psychiatrique et estimé que la capacité de travail était de 30 % depuis avril 2021 en raison de l'asthénie et des troubles cognitifs.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 8 septembre 2022.

Dans une écriture complémentaire du 7 décembre 2022, la recourante a réitéré que sa capacité de travail ne dépassait pas le taux de 30 %, ce qui avait été confirmé à l'issue d'une mesure d'accompagnement à la réinsertion professionnelle mise en place par l'assurance-chômage. Elle a produit un rapport intermédiaire du 7 octobre 2022 et un rapport final du 2 décembre 2002 de la Fondation M. \_\_\_\_\_ relatifs à cette mesure.

### **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.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> octobre 2020.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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). Dans les cas où la décision concernant le premier octroi d'une rente échelonnée est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date - ce qui est le cas en l'espèce -, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch. 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. 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, 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.

**c) aa)** 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**bb)** Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

**cc)** En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une

activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

**d)** 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). 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). 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).

**5. a)** Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**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).

**6. a)** La recourante a présenté une totale incapacité de travail dès le 18 juin 2018 à la suite d'un cancer du sein. Elle a tenté une reprise du travail progressive dès janvier 2020, d'abord à 20 % puis à 30 %, mais s'est à nouveau retrouvée en arrêt de travail dès avril 2020 en raison d'une asthénie avec trouble de la concentration, insomnies et céphalées (rapport du 15 mai 2020 du Dr E.\_\_\_\_\_). Le 26 mai 2020, la Dre D.\_\_\_\_\_ du service d'oncologie de l'hôpital T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de reprise du travail pour l'instant à cause de l'asthénie, de troubles de la concentration et de myalgies diffuses. En juillet 2020, la recourante a repris son travail au taux de 30 % avant d'être licenciée avec effet au 30 novembre 2020. Elle estime qu'elle ne peut pas travailler à un pourcentage supérieur à 30 % et conteste ainsi l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'intimé à compter de juillet 2020.

**b)** Sur le plan psychique, il est indéniable que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé entravant sa capacité de travail. En effet, l'expertise réalisée le 16 septembre 2020 auprès de Z.\_\_\_\_\_ a permis d'exclure la présence d'un trouble psychiatrique. Sur la base de l'ensemble des éléments versés au dossier et de ses propres constatations

lors de l'examen clinique, la Dre Q.\_\_\_\_\_ a conclu que les symptômes présentés par la recourante étaient liés à l'asthénie post chimiothérapie et étaient insuffisants pour poser un diagnostic psychiatrique, l'experte ayant par ailleurs exclu expressément une rechute dépressive de l'antécédent de dépression de 2011 (rapport d'expertise, p. 55 à 57). L'appréciation de la Dre Q.\_\_\_\_\_ n'est contredite par aucune pièce médicale versée au dossier. Aucun des rapports médicaux antérieurs à l'expertise ne retient un diagnostic psychiatrique et tous s'accordent sur le fait que les symptômes présentés par la recourante sont des séquelles des traitements oncologiques. L'appréciation de la Dre Q.\_\_\_\_\_ ne saurait non plus être remise en doute par le rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 3 juin 2022 produit au stade du recours, qui fait état d'un suivi psychiatrique initié en avril 2021, soit postérieurement à l'expertise. Par ailleurs, hormis la mention d'un effet négatif de l'échec du traitement neurocognitif sur la thymie de sa patiente, la Dre O.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucun élément objectif nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte psychiatre de Z.\_\_\_\_\_. Enfin, la psychiatre traitante fait état d'une capacité de travail de 30 % en raison de l'asthénie et des troubles cognitifs, qui sont des symptômes liés au traitement oncologique. La Dre O.\_\_\_\_\_ relève du reste que la fatigue dont se plaint la recourante ne peut pas s'expliquer exclusivement par un épisode anxio-dépressif.

**c)** Sur le plan oncologique, la Dre Y.\_\_\_\_\_ auprès de Z.\_\_\_\_\_ a observé que la recourante souffrait des effets secondaires résiduels classiques des traitements oncologiques avec en particulier une asthénie chronique, des troubles de concentration et de la mémoire et un déficit attentionnel, qui avaient un impact sur les activités professionnelles et la vie quotidienne. Dans un contexte de status migraineux connu, la recourante décrivait aussi des céphalées chroniques qui étaient soulagées par la prise d'antalgique et d'anti-inflammatoire (rapport d'expertise, p. 32 et 33). Concernant les douleurs résiduelles décrites au niveau mammaire, il n'y avait pas de diagnostic différentiel autre que le status post chirurgical avec probablement un lymphoedème résiduel mais peu important. Quant aux discrètes limitations de la mobilité au port de charges lourdes, elles étaient plausibles avec un status post mastectomie

(rapport d'expertise, p. 39). L'experte oncologue a conclu que les troubles dont se plaignait la recourante étaient cohérents avec son historique oncologique, l'anamnèse et l'examen clinique. La seule incohérence consistait dans le fait d'avoir voulu reprendre une activité professionnelle sur toute une journée, alors que la fatigue était décrite à partir de la mi-journée, avec des troubles de la concentration, de la mémoire, un déficit attentionnel et une fatigabilité physique et intellectuelle qui augmentaient avec le temps au cours de la journée (rapport d'expertise, p. 39). L'experte a estimé que la capacité de travail était de 40 % dans l'activité habituelle et préconisé une adaptation de l'horaire de travail pour que le temps de travail journalier ne dépasse pas 4 heures. A la question relative au temps de présence maximal possible dans cette activité, elle a répondu « 4h/j, par exemple ½ journée 4x/semaine ». Une augmentation plus importante du temps de travail lui semblait tout à fait envisageable dans le futur et était à évaluer par les médecins traitants (rapport d'expertise, p. 41 et 42).

**d)** Dans leur évaluation consensuelle, les expertes ont conclu que seule l'atteinte oncologique justifiait une incapacité de travail et ont retenu une capacité de travail de 40 % dans l'activité habituelle, soit 4 heures par jour à raison de 4 jours par semaine, dès juillet 2020. Or il ne ressort pas du rapport d'expertise de l'oncologue que la recourante a recouvré une capacité de travail de 40 % déjà en juillet 2020. En effet, dans la situation de l'expertisée qui avait repris son travail à 30 % depuis juillet 2020 à raison de deux journées par semaine et souhaitait augmenter son taux d'activité à 40 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2020, ce qui était exigible aux yeux de l'experte oncologue, celle-ci a considéré qu'une reprise à raison de trois jours sur cinq, puis de quatre jours sur cinq à mi-temps, semblait plus logique (rapport d'expertise, réponse à la question relative à l'évolution de la capacité de travail dans le temps, p. 42). Ceci parle en faveur d'une gradation de la capacité de travail partant de 30 % en juillet 2020 pour atteindre le taux de 40 % en octobre 2020. Sur interpellation de l'intimé, la Dre Y. \_\_\_\_\_ a ensuite précisé, le 7 décembre 2020, que la capacité de travail s'étendait sur cinq demi-journées alors qu'elle avait clairement parlé de quatre jours par semaine

dans son rapport d'expertise. Elle revient ainsi sur son appréciation précédente, en retenant une capacité de travail de 50 % au lieu de 40 %, sans réellement motiver sa nouvelle appréciation qui ne repose sur aucun élément nouveau.

Au vu de ce qui précède, le SMR et l'intimé ne pouvaient pas déduire du rapport d'expertise et du rapport complémentaire du 7 décembre 2020 de l'experte oncologue que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 40 % dès juillet 2020, puis de 50 % dès septembre 2020, ces éléments ne ressortant pas clairement des réponses fournies par les expertes de Z.\_\_\_\_\_. Force est de constater que l'évaluation du taux de la capacité de travail résiduelle par les expertes manque de précision et comporte des disparités qui ne sont pas étayées. Il n'est ainsi pas possible de fixer précisément le taux de la capacité de travail de la recourante depuis juillet 2020 et un complément d'instruction s'avère nécessaire afin d'éclaircir ce point. Une instruction complémentaire se justifie d'autant plus qu'entre l'expertise de septembre 2020 et la décision contestée de mai 2022, l'intimé n'a procédé à aucune mesure d'instruction pour déterminer l'évolution de la capacité de travail durant cette période, alors que l'experte oncologue avait pronostiqué une amélioration de la capacité de travail dans le futur et que les médecins traitants ont quant à eux retenu une péjoration de la capacité de travail dans des rapports peu étayés. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé 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, afin qu'il en complète l'instruction. Il lui appartiendra de mettre en œuvre une nouvelle expertise oncologique, puis de rendre une nouvelle décision.

**7.** La recourante conteste également le statut d'active à 90 % et de ménagère à 10 %, ainsi que le taux de l'empêchement ménager fixé à 31,5 % par l'intimé.

**a)** Dans le formulaire de détermination du statut, elle a indiqué qu'elle travaillerait à 100 % sans atteinte à la santé, mais qu'elle était employée à 90 % avant la survenance du cancer, précisant que le pourcentage non-travaillé était dévolu à la garde et à l'éducation de ses enfants. La recourante travaillait à 90 % depuis 2016 déjà, soit avant le début de l'atteinte à la santé, et ce n'est donc pas à cause de celle-ci qu'elle ne travaillait pas à plein temps lorsque la maladie lui a été diagnostiquée. Selon le rapport d'évaluation économique sur le ménage du 16 février 2021, la recourante a réduit son taux d'activité à 90 % afin de pouvoir s'occuper de ses enfants le mercredi après-midi par choix personnel, et elle songeait au demeurant à réduire son pourcentage de travail à 80 % par la suite si la situation financière du couple le permettait. Il ressort de ce qui précède que sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à travailler à 90 %, comme elle le faisait depuis plusieurs années avant la survenance du cancer. La recourante n'a du reste émis aucun grief à l'encontre du statut d'active à 90 % durant la procédure administrative et ce n'est qu'au stade du recours qu'elle s'y est opposée, alléguant que son taux d'activité aurait été à 100 % depuis 2020. Elle a expliqué que son plus jeune fils, désormais âgé de plus de dix ans, était autonome, pouvait réchauffer les plats à midi et bénéficiait de toute façon de l'aide de sa belle-sœur qui était femme au foyer et habitait le même immeuble. Elle a également allégué la nécessité de travailler à 100 % en raison de baisses de revenus de son époux. Ces explications, qui sont en contradiction avec ses précédentes déclarations, ne peuvent être suivies. Comme vu précédemment, le rapport d'évaluation économique sur le ménage mentionne qu'elle travaillait à 90 % pour s'occuper de ses deux enfants le mercredi après-midi, et non pour préparer les repas du midi à son fils cadet, et qu'elle souhaitait réduire davantage son temps de travail. La recourante a également fait part de son désir de travailler à temps partiel à ses médecins traitants, puisqu'en mai 2020, la Dre D. \_\_\_\_\_ relevait elle aussi le souhait de la recourante de reprendre le même travail au taux de 80 %. Il ressort en outre des propos de la recourante aux expertes qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 % quand bien même son état de santé le lui permettrait. Elle a en effet déclaré vouloir conserver son travail actuel tant que ses enfants étaient à sa charge et changer pour un

emploi plus passionnant et plus prenant dès qu'ils seraient indépendants, ajoutant qu'en l'état elle souhaitait travailler à 80 %, ce taux étant idéal en raison de l'âge de ses enfants (rapport d'expertise p. 26). Enfin, l'intimé a correctement investigué la question du statut de la recourante et il n'y a pas de lacunes d'instruction sur ce point, contrairement à ce qui est soutenu par la recourante au stade du recours. Par ailleurs, on peine à comprendre l'argument selon lequel l'évaluateur ne l'aurait pas questionnée oralement sur la question de son taux d'activité, dès lors que la lecture du rapport d'évaluation ne laisse guère de doute sur le fait que les observations consignées à ce sujet consistent dans la retranscription des propos tenus par la recourante lors de l'entretien avec l'évaluateur.

Au vu de ce qui précède, la recourante n'envisageait en aucun cas de travailler à 100 % sans atteinte à la santé et le statut d'active à 90 % retenu par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé.

**b)** Cela étant, dans la mesure où la capacité de travail doit faire l'objet d'une instruction complémentaire pour la période postérieure à juillet 2020, une nouvelle évaluation économique sur le ménage s'avère nécessaire afin d'actualiser les données. D'autant plus que le rapport d'évaluation versé au dossier apparaît en l'état incomplet puisqu'il ne semble pas tenir compte de l'amélioration de la capacité de travail retenue par l'intimé à compter de septembre 2020 et qui devra être examinée à nouveau dans le cadre du complément d'instruction à intervenir sur le plan médical.

**8. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie 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 LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 12 mai 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis 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.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à N. \_\_\_\_\_ 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 Philippe Nordmann (pour la recourante),

- 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 :