

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 décembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Despland, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à Q***, recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16, 45 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28b LAI

E n f a i t :

A. a) C._____, née en ***, est mariée et mère de trois enfants nés entre 1992 et 2001. Sans formation professionnelle, elle a œuvré comme vendeuse pour le compte de la société D._____ SA, aux taux de 100 % depuis le 13 janvier 2010 puis de 60 % à partir du 1^{er} mai 2014.

b) Après qu'un cancer du sein lui a été diagnostiqué, C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a déposé le 1^{er} avril 2020 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport du 3 juillet 2020, le Dr L._____, spécialiste en oncologie médicale, a posé le diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de carcinome invasif ST (lobulaire) du quadrant supéro-externe du sein droit classé pT1c pN0 (sni-,0/1) cM0 stade IA, G2, ER 90%, PR 90%, MIB-1 20-25%, HER2 non amplifié (CISH). Selon ce médecin, l'assurée bénéficiait d'une irradiation adjuvante et d'une hormonothérapie adjuvante par Tamoxifène, responsable d'une fatigue et de bouffées de chaleur. L'évolution de l'incapacité de travail attestée médicalement était la suivante :

100 %, du 11 novembre 2019 au 10 mai 2020 ;

50 %, du 11 mai 2020 au 14 juin 2020 ;

0 %, du 15 juin 2020 au 1^{er} juillet 2020 ;

50 %, du 1^{er} juillet 2020 au 31 juillet 2020 ;

0 %, depuis le 1^{er} août 2020.

Dans un rapport du 10 juin 2021, la Dre J._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de carcinome lobulaire invasif du quadrant supéro-externe du sein droit (décembre 2019) et de fibromyalgie, ainsi que celui – sans effet sur la capacité de travail – de discopathie L5-S1 avec rétrolisthésis (juin 2019). Selon cette médecin, l'évolution était favorable avec le suivi d'un programme spécifique de réadaptation globale et la capacité de travail de

l'assurée était évaluée à 50 % de son taux de travail dans l'activité habituelle et pronostiquée à 80 % (cinq heures par jour au maximum) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (nécessité d'alterner les positions ; port de charges limité ; fatigabilité).

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a indiqué que, sur le plan oncologique, le seul traitement de Tamoxifène, même s'il était à l'origine de certains effets secondaires, ne permettait pas d'expliquer la baisse de la capacité de travail annoncée. S'agissant des autres atteintes à la santé, elles n'étaient guère étayées et, même si elles étaient susceptibles d'entraver l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée, n'expliquaient pas une telle baisse de la capacité de travail. Cela étant, le SMR a néanmoins estimé nécessaire la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de rhumatologie, médecine interne et psychiatrie (avis du 29 juin 2021).

Dans un rapport du 25 novembre 2021, le Dr L. _____ a fait part chez l'assurée d'une récurrence locale *versus* nouvelle néoplasie du quadrant supéro-externe du sein droit le 19 novembre 2021. Les diagnostics secondaires et comorbidités étaient un antécédent de prolactinome avec traitement médicamenteux, une fibromyalgie et des troubles dégénératifs multiétagés (hernie discale cervicale et troubles dégénératifs lombaires, avec notamment une importante discopathie L5-S1 avec rétrolisthésis [IRM du 11 juin 2019]).

Dans le cadre du mandat d'expertise confié par l'OAI au centre médical d'expertises N. _____, les experts désignés ont rendu leur rapport pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) le 25 janvier 2022. Ils ont retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), de lombalgie sans irradiation sur discopathie L5-S1 (M54.5), de cervicalgie sans irradiation sur discopathie dégénérative de C4-C6 (M54.2), de cancer lobulaire invasif du sein droit (C50.9), de fibromyalgie (M79.7), de syndrome sous-acromial de l'épaule droite (M75.5) et de presbytie (H52.4). En substance, ces experts étaient d'avis que la capacité de travail de l'assurée était entière dans son activité

habituelle depuis le 1^{er} août 2020 et qu'elle était nulle depuis novembre 2021 en raison d'une récurrence du cancer.

Par avis du 8 février 2022, le SMR a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité et demandé à l'OAI de poursuivre l'instruction auprès du Dr L. _____ afin de préciser le diagnostic, la date et la durée de la nouvelle incapacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport du 28 février 2022, le Dr L. _____ a indiqué que la récurrence du cancer du sein justifiait une incapacité de travail de l'assurée depuis le 9 décembre 2021 pour une durée de six mois au minimum, avec une reprise du travail progressive à réévaluer.

Par avis du 28 mars 2022, le SMR a retenu qu'au vu de la nouvelle incapacité de travail présentée par l'assurée, la situation médicale n'était pas stabilisée et devait être réévaluée au mois de septembre 2022.

Nanti d'un rapport du 29 septembre 2022 du Dr L. _____, le SMR a noté une rémission sur le plan oncologique après l'arrêt de la chimiothérapie six mois auparavant. Il lui était impossible de confirmer une capacité de travail fortement limitée durable dès lors que l'expertise N. _____ avait réfuté une baisse de la capacité de travail à la suite du premier épisode cancéreux. Il convenait d'attendre d'obtenir des renseignements complémentaires au plan rhumatologique, sollicités dans l'intervalle auprès du médecin consulté par l'assurée, avant de décider de la suite à donner à l'instruction médicale (avis du 18 octobre 2022).

Après avoir recueilli un rapport du 18 octobre 2022 du Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation - indiquant des talalgies invalidantes inchangées sur maladie de Haglund traitées par complément alimentaire (curcuma) et par physiothérapie -, le SMR a fait le point de situation et demandé un complément d'expertise pluridisciplinaire au N. _____ pour déterminer si la récurrence de cancer du

sein droit en fin 2021 et les talalgies décrites depuis 2022 entraînaient de potentielles répercussions, plus ou moins durables, sur la capacité de travail de l'assurée (avis SMR du 10 novembre 2022).

Le 27 février 2023, les experts du N._____ ont établi une nouvelle expertise pluridisciplinaire à la demande de l'OAI. Ces experts ont posé les diagnostics - avec impact sur la capacité de travail - de carcinome lobulaire invasif du quadrant supéro-externe du sein droit en novembre 2019, traité par tumorectomie, radiothérapie et hormonothérapie (2C61.1), de récurrence dans la même région en novembre 2021, traitée par mastectomie, chimiothérapie et poursuite de l'hormonothérapie, de fatigue multifactorielle post chimiothérapie, médicamenteuse et en lien avec son moral (MB22.7), de lymphoedème du bras droit (BE1B.0), de lombalgie sans irradiation sur discopathie L5-S1 (M54.5), de cervicalgie sans irradiation sur discopathie dégénérative de C4 à C6 (M54.2) et de Maladie de Haglund bilatérale sur pied creux (M92.6). Ils ont également retenu les diagnostics - sans impact sur la capacité de travail - de fibromyalgie, de syndrome sous acromial de l'épaule droite (dont l'examen est normal), d'antécédent de prolactinome après son premier accouchement, suivi d'un traitement de type Bromocriptine, efficace sans récurrence (XH1QS0), d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.00), de cure de varices à droite il y a une dizaine d'années (BD74.1Z) et d'obésité, BMI [*Body Mass Index*] 30,3 (5B81.01). Ces experts étaient d'avis que la capacité de travail était nulle depuis la découverte du carcinome le 7 novembre 2019 jusqu'à fin mai 2020, puis de 50 % et ensuite entière à partir d'août 2020. La capacité de travail était à nouveau nulle depuis novembre 2021 (lors de la découverte de la récurrence) jusqu'à fin août 2022 (quatre mois après la fin de la chimiothérapie), puis de 40 % jusqu'à fin novembre 2022. Depuis décembre 2022, la capacité de travail était de 70 % (100 % avec une baisse de rendement de 30 %) dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement de plus de dix kilos à partir du sol ; pas de porte-à-faux du buste ou du rachis cervical ; port de charge proche du corps limité à dix kilos ; changement de position régulier, éviter les positions fixes maintenues ; pas de marche prolongée et adaptation

des chaussures avec un contrefort souple ; pas d'effort du bras droit en raison de la mastectomie et du lymphœdème).

Dans un avis du 6 mars 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise précitée.

Par projet de décision du 6 mars 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Les 6 avril et 7 juillet 2023, l'assurée, agissant désormais par l'avocat Me David Métille, a contesté ce préavis en se prévalant des pièces médicales suivantes :

- un rapport du 30 juin 2023 du Dr L._____, lequel constatait une « nette aggravation » de l'asthénie et des douleurs musculosquelettiques en lien avec le traitement de chimiothérapie, et relevait que les principaux symptômes étaient une fatigabilité persistante, des douleurs ostéoarticulaires (probablement favorisées par le traitement de Létrozole [hormonothérapie]), des douleurs aux pieds (maladie de Haglund bilatérale) et une gêne persistante en raison d'un lymphœdème du membre supérieur droit. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ce médecin indiquait que les « limitations globales de la capacité de travail » semblaient aller au-delà de la problématique oncologique ;

- un rapport du 2 juillet 2023 de la Dre B._____._____, laquelle était d'avis que l'assurée ne présentait actuellement pas une capacité de travail résiduelle de 70 %, une amélioration étant éventuellement envisageable en cas d'amélioration du moral ;

- un rapport du 21 juillet 2023 de la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle diagnostiquait un épisode dépressif moyen (F32) sans écarter un éventuel état de stress-post traumatique (F43.1) dans le contexte de la pathologie oncologique. Un taux résiduel de travail à 20 % semblait pour l'heure convenir à l'assurée, avec la précision

qu'une augmentation progressive restait envisageable en cas de future diminution des symptômes somatiques et psychiques.

Invité à se positionner sur les derniers rapports médicaux récoltés au dossier, le SMR a estimé qu'ils ne remettaient pas en question les conclusions retenues dans son avis du 6 mars 2023. Il a précisé être face aux mêmes diagnostics, évalués non consensuellement et différemment de l'expertise pluridisciplinaire du N. _____ (avis du 24 août 2023).

Par décision du 4 septembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations (mesures professionnelles et/ou rente) de l'assurée.

B. **a)** Par acte du 9 octobre 2023, C. _____, agissant toujours par son représentant Me David Métille, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 4 septembre 2023, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'allocation d'une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} novembre 2021 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme de la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, oncologie et médecine interne). S'appuyant sur un rapport du 3 octobre 2023 de la Dre B. _____, l'assurée reprochait à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical, sa capacité résiduelle de travail ne dépassant pas 10 % au maximum.

b) Dans sa réponse du 15 novembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise du 27 février 2023 du N. _____.

c) Dans sa réplique du 5 février 2024, l'assurée a confirmé ses conclusions, tout en réitérant son offre de preuve.

d) Dans sa duplique du 12 mars 2024, l'OAI a à nouveau conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

e) Les 29 avril et 19 août 2024, l'assurée a fait verser à la cause des rapports des 8 février et 9 juillet 2024 du Dr D._____._____, spécialiste en rhumatologie, et un compte-rendu du bilan de *biofeedback-eeG* quantifié (*neurofeedback*) du 17 avril 2024 de la neurothérapeute F._____._____.

f) Dans ses déterminations des 30 mai et 3 septembre 2024, l'OAI a maintenu sa position, versant à la cause des avis SMR des 7 mai et 29 août 2024 auxquels il se ralliait.

g) L'assurée a encore déposé des déterminations complémentaires le 4 octobre 2024.

h) Le 7 janvier 2025, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et oncologie) dont il a confié la réalisation à l'Unité d'Expertises Médicales des H._____.

i) Dans leur rapport du 26 juin 2025, les experts des H._____ ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de tumeur maligne du sein, localisée en 2019, en récurrence locale en 2021, en cours de traitement adjuvant, actuellement en rémission, d'effets indésirables des antagonistes hormonaux, autres et sans précision au cours de leur usage thérapeutique, d'effets indésirables d'autres médicaments antitumoraux au cours de leur usage thérapeutique, d'acte radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention, de douleurs rachidiennes lombaires chroniques associées à des altérations structurelles dégénératives et un Modic inflammatoire, de douleurs rachidiennes cervicales chroniques mécaniques associées à des altérations structurelles dégénératives, de douleurs musculosquelettiques primaires chroniques diffuses remplissant les critères de fibromyalgie, aggravées dans le contexte oncologique et l'hormonothérapie et de fasciite plantaire. Ils ont également retenu les diagnostics, sans

répercussion sur la capacité de travail, de bursite de l'épaule, de pré-obésité (IMC [indice de masse corporelle] 25 - 29,9 kg/m²) et de trouble de l'anxiété généralisée. En lien avec le traitement et les séquelles du cancer du sein droit, les experts ont attesté une capacité de travail nulle entre le 19 novembre 2021 et la fin du mois d'août 2022, puis de 30 % depuis le 1^{er} septembre 2022 pour une durée non déterminée. Cette estimation était valable dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles (exposition au stress limitée ; possibilité de temps de repos ; exposition aux conflits interpersonnels limitée ; pas de déplacement avec des moyens de transport ; tâches ne nécessitant pas de travail intellectuel de mémorisation ou de concentration ; changements de position fréquents possibles ; pauses intermittentes autorisées ; pas de port de charge lourde ni de port répété ; pas de bruit/musique invalidant ; pas de dépendance à du matériel informatique ou tout autre à risque de bugger ; pas de concentration soutenue demandée).

j) Le 18 juillet 2025, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en produisant un avis SMR du 3 juillet 2025 dont il ressortait les éléments suivants :

Discussion :

Cette expertise, en particulier le volet oncologique, n'est pas satisfaisante. Nous rappelons que l'oncologue traitant Dr L. _____ n'avait pas réfuté la CT [capacité de travail] de 70% sur le plan purement oncologique (courrier du 30.06.2023 en GED10.07.2023), ce que l'expert ne discute pas. Il reprend les plaintes de l'assurée (explicables par les atteintes physiques et psychiatriques), et s'appuie sur les effets connus et usuels des traitements oncologiques, sans démontrer leur présence et leur cause oncologique dans cette situation, pour valider la CT de 37,5% pour correspondre à ce qu'elle arrive à réaliser. L'assurée elle-même estime bien supporter son traitement antihormonal (pas de modification de la clinique à son interruption pendant 1 mois). Les effets secondaires après chimio et radiothérapie sont effectivement courants (chemobrain cité par l'expert), mais pas après >3 ans, et ici les plaintes sont explicables par les troubles psychiatriques, et ne justifient jamais à eux seuls une telle IT [incapacité de travail] (dans une activité qui n'est pas intellectuellement intense). Tout en estimant cette forte IT oncologique sur la base des effets secondaires des traitements, (en précisant p83 « que les effets indésirables s'expliquent notamment par poursuite de l'hormonothérapie »), il admet une amélioration de la CT avec les

traitements préconisés par les experts psychiatre et rhumatologue (qui n'ont pourtant pas pour but de diminuer les effets secondaires des traitements oncologiques), on ne comprend pas pourquoi l'amélioration des autres atteintes améliorerait les effets secondaires oncologique et la CT. Il admet l'intrication des troubles rhumatologiques et psychiatriques et rejoint leur proposition thérapeutique à même d'augmenter la CT, ce qui renforce notre incompréhension d'une IT plus importante au plan oncologique. L'expert oncologue semble donc attribuer, sans nuance, les dires de l'assurée aux effets secondaires des traitements et justifier une baisse de la CT à 37,5%. On ne comprend par ailleurs pas ce taux de 37,5% dans toutes activités alors que dans une AA [activité adaptée] (il ajoute que l'AH [activité habituelle] n'est que partiellement adaptée) il n'exclut pas la possibilité de 4h/j (50%).

Concernant le volet psychiatrique il y a plusieurs éléments que l'on ne comprend pas : le trouble anxieux généralisé est classé comme non incapacitant mais en p41 il précise que « ces symptômes entraînent une détresse importante et se répercute sur les domaines personnels, familial et plus largement social », est-il réellement non incapacitant ? En p46, il est évoqué un trouble d'anxiété sociale, s'agit-il bien d'une erreur de transcription ? Il est aussi mentionné en p41 des LF [limitations fonctionnelles] en lien avec le syndrome dépressif compliqué par l'état de stress post-traumatique alors qu'en p46 il réfute l'état de stress post-traumatique. En p43 il retient une CT nulle entre 2021 et 2023, alors qu'en p45 retient « l'absence d'IT jusqu'au début de l'année 2023, en cohérence avec les évaluations réalisées par l'expert psychiatre de N. _____ », dès lors valide-t-il les conclusions de l'expertise avec aggravation ensuite ou s'en éloigne-t-il ? Il valide une CT50% puis estime, en p47, qu'une augmentation de son taux actuel de 30% (validé en consensuel) est à risque d'entraîner un épuisement, une exacerbation anxieuse et une aggravation du tableau dépressif, quelle est alors la CT psychiatrique ?

Au plan consensuel la conclusion d'une CTAH/AA à 30% n'est pas argumentée alors que les IT de chaque spécialité ne devraient pas s'accumuler et que la symptomatologie rapportée par l'oncologue recoupe celles des psychiatre et rhumatologue, on devrait donc conclure à une CTAH/AA 50%.

Globalement la différence d'appréciation des conclusions de l'expertise N. _____ n'est pas argumentée, les atteintes, hormis la problématique anxieuse nouvelle, sont les mêmes, on peine à comprendre une telle différence d'appréciation de la CT.

Conclusion :

Cette expertise ne satisfait pas, en l'état, aux exigences habituellement requises.

k) Le 8 septembre 2025, l'assurée a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise judiciaire en sollicitant si nécessaire un complément selon une liste séparée de questions destinées à permettre de répondre aux critiques de l'OAI, respectivement du SMR.

l) Dans d'ultimes déterminations du 7 octobre 2025, l'OAI a conclu une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision querellée en indiquant que la dernière écriture de l'assurée n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal

applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

En l'occurrence, le droit éventuel à une rente d'invalidité pourrait prendre naissance, compte tenu de la rechute survenue au mois de novembre 2021, en 2022. Partant, le nouveau droit est applicable.

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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris

entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. 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).

6. La recourante présente, depuis le mois de novembre 2021, une incapacité de travail durable en raison principalement de séquelles de longue durée d'un traitement contre le cancer, associées à des cervicalgies et des lombalgies chroniques ainsi qu'à des troubles psychiques.

a) En l'occurrence, l'office intimé s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 27 février 2023 par le N._____, selon lesquelles la recourante disposait - en raison des effets secondaires du traitement antihormonal - d'une capacité résiduelle de travail de 70 % (capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 %) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement à partir du sol ou de port de charges proche du corps supérieures à dix kilos, pas de position en porte-à-faux du buste ou du rachis cervical, changement possible de position régulier, pas de marche prolongée et chaussures adaptées avec contrefort souple, et pas d'effort soutenu [en force ou répétitif] du bras droit) et auxquelles le SMR a reconnu pleine valeur probante.

b) Cela étant, il n'était pas possible de suivre les conclusions de l'expertise du N._____.

aa) En effet, le volet rhumatologique de l'expertise du N._____ ne comporte aucune discussion structurée des diagnostics retenus (à la lecture de l'expertise, on ne comprend en particulier pas les raisons pour lesquelles l'expert retient le diagnostic de fibromyalgie) et l'évaluation médico-assurantielle est extrêmement superficielle (l'expert n'explique pas les raisons pour lesquelles il estime que les différentes atteintes mises en évidence ne sont pas de nature à entraîner une incapacité de travail).

bb) L'expertise du N._____ ne contient aucune appréciation de la situation par un spécialiste en oncologie, alors même que la situation de la recourante pose de délicates questions liées aux effets secondaires de l'hormonothérapie (notamment sur la fatigabilité et les douleurs ostéoarticulaires) chez une personne sujette à des atteintes d'ordre rhumatologique et psychiatrique.

cc) De manière plus générale, les conclusions finales de l'expertise ne résultent pas d'une véritable discussion consensuelle qui tiendrait compte des interactions entre les problématiques rhumatologique, oncologique et psychiatrique. Or il sied de relever que le Tribunal fédéral a admis que la fatigue chronique liée au cancer est un syndrome multidimensionnel qui peut durer plusieurs années après la fin du traitement et qu'il y a unanimité dans la littérature scientifique sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotifs, cognitifs et psychosociaux interagissent et que les effets internes et psychiatriques se font sentir dans 30 à 40 % des cas longtemps après la thérapie (ATF 139 V 346 consid. 3.3).

7. Cela étant posé, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire, selon lesquelles, en raison des séquelles du cancer, la recourante a présenté une capacité résiduelle de travail nulle entre le 19 novembre 2021 et la fin du mois d'août 2022, puis de 30 % depuis le 1^{er} septembre 2022 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise judiciaire du 26 juin 2025 des H. _____ satisfait l'ensemble des exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 4b supra). Chaque rapport relatif aux quatre disciplines médicales examinées débute par une synthèse des pièces médicales ressortant du dossier mis à la disposition des experts, comprend une anamnèse, prend en compte les plaintes exprimées, rend fidèlement compte des observations cliniques effectuées et répond de manière ciblée aux questions posées. L'appréciation de la capacité de travail et de son évolution est fondée sur des éléments médicaux objectifs et procède d'une évaluation consensuelle en bonne et due forme de la situation par les experts qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles il y a lieu de retenir globalement une capacité résiduelle de travail de 30 %.

b) aa) Sur le plan de la médecine interne, le Dr G. _____, spécialiste en médecine interne générale, n'a pas retenu de diagnostics, ni de limitations fonctionnelles, et a dès lors évalué la capacité de travail de la recourante à 100 % dans toute activité depuis le début des ennuis de santé.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif unique, modéré, sans symptômes psychotiques, et d'agoraphobie, ainsi que celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble de l'anxiété généralisée. Les limitations fonctionnelles dues au syndrome dépressif étaient une diminution de l'endurance, de la capacité à réaliser une tâche nécessitant de la mémorisation, de la capacité à effectuer des déplacements de façon autonome, de la capacité à s'investir dans une tâche ou dans des relations, de la capacité à avoir des interactions adéquates avec des usagers/clients et de la résistance au stress. L'expert a évalué la capacité de travail comme nulle entre 2021 et 2023, puis à 50 % environ depuis mars 2023. Au jour de l'examen, la symptomatologie dépressive était légèrement plus sévère que celle décrite par le N. _____ en raison de l'ajout de ruminations à thématique dépressive, avec en

particulier des idées de culpabilité, d'inutilité et de perte d'identité. Selon les recommandations de l'expert, un traitement à base d'antidépresseurs pourrait permettre une diminution de la symptomatologie dépressive vers la rémission ; en outre, un traitement à base d'antidépresseurs IRS, voire de Prégabaline, associé à une psychothérapie spécifique, permettrait une diminution de la symptomatologie anxieuse, voire sa rémission. L'expert a néanmoins souligné qu'en cas d'activité exercée à un taux supérieur à 30 %, la recourante présenterait les risques d'un épuisement, d'une exacerbation anxieuse et d'une aggravation du trouble dépressif.

cc) Sur le plan rhumatologique, le Dr N. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Prof. P. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, ont posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleurs rachidiennes lombaires chroniques associées à des altérations structurelles dégénératives et un Modic inflammatoire, de douleurs rachidiennes cervicales chroniques mécaniques associées à des altérations structurelles dégénératives, de douleurs musculosquelettiques primaires chroniques diffuses remplissant les critères de fibromyalgie, aggravées dans le contexte oncologique et de l'hormonothérapie, et de fasciite plantaire, ainsi que ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de bursite de l'épaule et de pré-obésité (IMC 25 - 29,9 kg/m²). Les limitations fonctionnelles dues aux douleurs chroniques du rachis lombaire étaient pas de travail statique prolongé, pas de port de charge de plus de quelques kilos de manière répétée et pas de position en porte-à-faux ; les cervicalgies chroniques mécaniques excluaient à leur tour le port de charge de plus de quelques kilos de manière répétée ; quant à l'aponévrosite plantaire, elle contre-indiquait la marche soutenue ou la position statique debout prolongée au-delà de quatre heures par jour. Les experts ont retenu que la fibromyalgie était responsable d'une perte de rendement et que les crises douloureuses, à raison de trois à quatre épisodes par an durant trois à quatre jours, étaient à l'origine d'une limitation fonctionnelle globale dans toutes les activités de la vie quotidienne et limitaient la capacité de travail durant ces périodes à 30 %. Globalement, la capacité de travail sur le plan rhumatologique ne

dépassait pas 50 %. Le pronostic des affections rhumatologiques, initialement favorable, ne l'était plus en raison de la chronicisation des douleurs, des expériences négatives vécues lors des traitements rééducateurs entrepris et du déconditionnement général induit par la maladie oncologique et ses traitements spécifiques. Les experts ont estimé qu'une physiothérapie seule n'avait que peu de chance de succès mais qu'une prise en charge multidisciplinaire intensive était théoriquement recommandée. Toutefois, au vu des facteurs psychologiques concomitants, le pronostic ne semblait guère favorable à moyen et long terme.

dd) Sur le plan oncologique, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et oncologie, a posé les diagnostics incapacitants de tumeur maligne du sein, localisée en 2019, en récurrence locale en 2021, en cours de traitement adjuvant, actuellement en rémission, d'effets indésirables des antagonistes hormonaux, autres et sans précision au cours de leur usage thérapeutique, d'effets indésirables d'autres médicaments antitumoraux au cours de leur usage thérapeutique et d'acte radiologique et radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention. La situation semblait stable et les limitations fonctionnelles découlant du cancer et des effets indésirables des traitements étaient une fatigue, des arthralgies et un *chemo brain* (terme regroupant notamment une difficulté de concentration, de mémorisation et d'adaptation). La capacité de travail de la recourante était évaluée à 37,5 % depuis le 1^{er} septembre 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Une amélioration était possible moyennant l'introduction d'antidépresseurs (Duloxetine 30 à 60 mg par exemple) et le suivi d'une psychothérapie durant six mois au minimum afin d'améliorer l'humeur, la fatigue, l'état dépressif et les douleurs compte tenu de l'interaction des facteurs physiques et psychiques ; il convenait également de poursuivre le *neurofeedback* et l'acupuncture. En cas de reprise du travail à un taux plus élevé que celui retenu, l'expert craignait d'éventuels facteurs de mauvais pronostic avec une péjoration de la fatigue, une

accentuation des troubles de la concentration et une progression des douleurs, potentiellement encore plus handicapantes.

c) La situation médicale de la recourante a fait l'objet d'une évaluation exhaustive et pluridisciplinaire qui permet d'apprécier valablement les atteintes à la santé dans leur globalité et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans ce contexte, les considérations émises par le SMR dans son avis du 3 juillet 2025 ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise ou de justifier un complément d'instruction.

aa) En ce qui concerne le volet oncologique, force est de constater que l'expert oncologue des H. _____ a tenu compte tant de l'avis du médecin traitant (le Dr L. _____) que des plaintes exprimées par la recourante au jour de l'expertise en lien avec le traitement antihormonal. Il a par ailleurs basé son analyse du cas sur ses propres observations cliniques et sur ses connaissances médicales dans le domaine de l'oncologie, de telle sorte qu'il n'existe aucun motif de douter du bien-fondé de son estimation de la capacité résiduelle de travail de la recourante.

bb) S'agissant de la critique du volet psychiatrique de l'expertise judiciaire, les éléments évoqués - en vrac - par le SMR pour tenter de justifier une incohérence, voire une incompréhension, en lien avec l'évaluation de la capacité de travail livrée par l'expert judiciaire, ne s'avèrent guère convaincants. Certes, les explications fournies par l'expert psychiatre contiennent quelques imprécisions (« trouble d'anxiété sociale » en lieu et place de « trouble d'anxiété généralisée » ; « les limitations fonctionnelles sont en relation au premier plan avec le syndrome dépressif, compliqué par l'état de stress post-traumatique », alors que ce dernier diagnostic a été écarté). Au vu de l'entier de l'expertise, il convient néanmoins de considérer qu'il s'agit d'inadvertances rédactionnelles qui ne suffisent en tout état de cause pas à remettre en question les conclusions du volet psychiatrique de l'expertise. En effet, à la lecture de l'expertise judiciaire, on comprend que l'expert psychiatre retient, sur un plan strictement psychiatrique, une capacité de travail résiduelle de 50 %

et que le taux de 30 % mentionné dans ses conclusions se réfère à l'évaluation consensuelle du cas.

cc) Quant à l'appréciation générale interdisciplinaire, elle permet de se convaincre que les experts ont parfaitement tenu compte de l'intrication des multiples atteintes à la santé tant physique que psychique dont souffre la recourante, respectivement de leurs répercussions communes sur la capacité de travail. Ainsi, les experts ont estimé que les « incapacités de travail se potentialis[ai]ent », si bien que le consensus retenait une capacité de travail de 30 % dans toute activité adaptée, y compris l'activité habituelle. Si cette évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante se distancie de celle retenue au mois de février 2023 par les experts du N._____, c'est précisément en raison du fait qu'elle intègre l'avis d'un expert oncologue, indispensable au vu de la problématique de base et des interactions entre les diverses atteintes à la santé présentées par la recourante.

d) Au final, il sied de constater, sur la base de l'expertise judiciaire, que la recourante a présenté une incapacité totale de travail depuis le mois de novembre 2021, période où est survenue sa rechute oncologique et que, depuis lors, elle n'a été en mesure de recouvrer qu'une capacité résiduelle de travail de 30 %.

8. Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle et qu'aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 119 V 475 consid. 3a ; 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 ; voir aussi TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références).

b) Dans la mesure où l'incapacité de travail de 70 % se confond dans le cas d'espèce avec le taux d'invalidité, la requérante peut prétendre à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2022 (cf. art. 28 al. 1 et 28b al. 3 LAI).

9. a) 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. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

b) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4 ; 137 V 210 consid. 4.4.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. aussi ERIK FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, RSAS 2019, p. 14).

c) En l'occurrence, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire auprès des H. _____ en raison des lacunes de l'expertise du N. _____ (cf. consid. 6 supra), lesquelles n'auraient pas dû échapper au SMR. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à charge de l'OAI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire auprès des H. _____, à savoir les honoraires, par 15'000 fr., conformément à la note reçue le 26 juin 2025.

10. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 4 septembre 2023, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 70 %, à compter du 1^{er} novembre 2022.

11. a) 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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, compte tenu de l'issue du litige.

b) 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 LPGA). Compte tenu de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 5'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé qui succombe (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

c) Par décision du Juge instructeur du 19 octobre 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 9 octobre 2023 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat en la personne de Me David Métille. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 4 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2022.
- 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 de l'expertise judiciaire des H._____ du 26 juin 2025, d'un montant de 15'000 fr. (quinze mille francs), 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 C._____ une indemnité de 5'500 fr. (cinq mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :