

## **VD\_FINDINFO AI 34/13 - 48/2015 vom 11. Februar 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_34\\_13\\_-\\_48\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_34_13_-_48_2015)

FR: VD\_FINDINFO AI 34/13 - 48/2015 du 11 février 2015

IT: VD\_FINDINFO AI 34/13 - 48/2015 del 11 febbraio 2015

### **Regeste**

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 28 LAI, 4 LAI, 57 LAI, 6 LPGA

### **Volltext**

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.02.2015 AI 34/13 - 48/2015

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE TEMPORAIRE, DROIT D'ÊTRE ENTENDU | 28 LAI, 4 LAI, 57 LAI, 6 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 34/13 - 48/2015 ZD13.004545 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 11 février

2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Pasche , présidente Juges

: Mme Röthenbacher et M. Bonard, juge assesseur Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\* Cause pendante entre : E. \_\_\_\_\_ , au [...], recourante, représentée par Me Christian Dénériaz, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6 ss LPGA; art. 4 et 28 LAI **E n f a i t** : A. E. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, ressortissante du Kosovo résidant en Suisse depuis 1998, mariée et mère d'une fille née en 2001, a été employée jusqu'au 31 mars 2009 par la société L. \_\_\_\_\_ SA en qualité de manœuvre/ouvrière non qualifiée. Dès le 27 mars 2003, elle s'est trouvée en incapacité de travail en raison d'un cancer du sein diagnostiqué le 25 juin 2003. Le 24 février 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi de moyens auxiliaires (savoir la fourniture d'une perruque pour la durée de son traitement, qui avait débuté au mois de juillet 2003) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), qui a refusé cette demande. Cette décision a été confirmée en dernière instance par jugement du Président de l'ancien Tribunal des assurances du 10 juin 2005 (TASS 10 juin 2005/83). B. L'assurée a été hospitalisée du 11 au 22 juin 2007 au Service de chirurgie thoracique et vasculaire du [...], puis à l'Hôpital de [...], en raison d'une récurrence tumorale. C. Le 6 juin 2008, l'assurée a présenté une demande de prestations pour adultes auprès de l'OAI tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué se trouver en incapacité de travail totale depuis le 27 mai 2007 en raison de son cancer du sein, sous traitement depuis le mois de juillet 2003, avec apparition d'une métastase. Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'OAI a établi un rapport d'évaluation de la situation avec l'assurée, qui a déclaré avoir subi une ablation d'une partie du sternum et d'une côte le 15 juin 2007. Le rapport précisait que cette intervention chirurgicale pourrait être liée au cancer du sein de l'assurée. Dans un rapport du 6 octobre 2008, la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale auprès de la Fondation du centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...] (ci-après : le Centre d'oncologie), a posé chez l'assurée les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif du sein gauche et de récurrence tumorale. Cette praticienne a fait état de symptômes sous la

forme de fatigue ainsi que de bouffées de chaleur importantes. Elle a précisé que l'intéressée se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis le mois de mai 2007, l'activité précédemment exercée n'étant plus exigible et le pronostic à long terme réservé. A la requête de l'OAI, qui lui a demandé si l'assurée était capable de travailler dans une activité adaptée, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a complété le 15 décembre 2008 son rapport du 6 octobre 2008. S'agissant des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail résiduelle exigible de l'assurée dans une activité adaptée, elle a rappelé que cette dernière souffrait de douleurs très importantes au niveau de la région mammaire et sternale augmentant notablement lors d'efforts avec ses membres supérieurs, et a indiqué ce qui suit : "(...) De ce fait, E. \_\_\_\_\_ n'est pas capable d'effectuer des travaux physiques lourds (> 2 Kg ni mouvements répétitifs) avec ses 2 membres supérieurs. Et ceci à un taux de 100%. Evidemment si E. \_\_\_\_\_ pouvait bénéficier d'une activité adaptée, elle pourrait le cas échéant assurer un taux de travail que j'estime à environ 50%. Compte tenu des douleurs persistantes à plus de 1 an après la sternotomie, il est peu probable qu'on puisse assister à une amélioration de ses limitations fonctionnelles dans les prochaines années." Dans un rapport du 29 janvier 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a fait siennes les conclusions de la Dresse I. \_\_\_\_\_ quant à l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère adaptée en relevant que le pronostic oncologique était défavorable à moyen terme. D. Par communication du 19 février 2009, l'OAI a accordé à l'assurée une aide au placement sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi, son droit à d'autres prestations devant encore être examiné. Le même jour, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'octroi d'une rente d'invalidité entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2008, cette prestation étant réduite à concurrence d'une demi-rente – sur la base d'un degré d'invalidité de 52% – dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Des constatations de l'administration, il résultait en substance qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, le 6 juin 2008, l'assurée présentait une incapacité de travail totale lui ouvrant le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. Consécutivement à l'amélioration de son état de santé, dès le mois d'octobre 2008, elle présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de port de charges, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal), par exemple en tant que caissière de station-service. Dans cette dernière activité exercée à mi-temps, un revenu avec invalidité annuel de 19'800 fr. était réalisable. Partant, la comparaison de ce revenu d'invalidité avec celui réalisé sans invalidité (41'409 fr. 69) aboutissait à une perte de gain de 21'609 fr. 69, entraînant un degré d'invalidité de 52.18% arrondi à 52%. Ainsi à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, l'assurée n'avait plus droit qu'à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 52%. Par lettre du 4 juin 2009, l'assurée – agissant par la plume de l'avocat Christian Dénériaz – a fait part de ses objections sur le préavis d'acceptation de rente du 19 février 2009. En substance, elle a soutenu que l'amélioration de son état de santé retenu à compter du mois d'octobre 2008, qui fondait sa capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, ne correspondait pas à la réalité dès lors que sa santé générale s'était détériorée depuis le début 2009. Elle a exposé que c'était à sa demande que le rapport complémentaire de la Dresse I. \_\_\_\_\_ du 15 décembre 2008 avait été rédigé, car elle souhaitait alors conserver une activité professionnelle. Elle a par ailleurs renvoyé à un rapport médical adressé le 26 mai 2009 à son conseil par les Drs W. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en

médecine interne générale et en oncologie médicale et spécialiste en médecine interne générale au Centre d'oncologie, qui ont notamment relevé ce qui suit: "(...) Depuis notre dernier rapport envoyé à l'Al le 15.12.08 que vous trouverez en annexe, l'état de santé de E. \_\_\_\_\_ ne s'est effectivement pas amélioré. Suite aux interventions chirurgicales de 2004 et 2007, la patiente décrit d'importantes douleurs persistantes au niveau de la région mammaire et sternale, douleurs qui augmentent notablement lors d'efforts avec ses membres supérieurs. En outre, depuis le début de l'année 2009, E. \_\_\_\_\_ se plaint d'une asthénie constante, voire en aggravation. Elle signale depuis quelques semaines des douleurs intermittentes, au niveau du bas du dos, des membres inférieurs et des doigts. Une surcharge psychique se surajoute à tous ces problèmes physiques, n'améliorant pas la situation. Au vu de l'absence d'amélioration de l'état général de la patiente objectivée lors de notre dernier contrôle (consultation ambulatoire d'oncologie du 25.05.09), nous avons décidé de réaliser de nouveaux examens complémentaires, notamment une scintigraphie osseuse (agendée au mois de juin) afin de rechercher une éventuelle progression de la maladie tumorale. Par ailleurs, nous avons recommandé à la patiente de consulter un psychiatre, mais E. \_\_\_\_\_ n'a pas encore pu convenir d'un rendez-vous. Compte tenu des éléments précités, nous ne pouvons momentanément que réserver notre décision quant à la capacité de travail actuelle de E. \_\_\_\_\_, et ce en attendant les résultats des investigations en cours et du bilan psychiatrique. (...)" Dans un rapport du 22 juillet 2009 consécutif à un examen clinique pratiqué le 7 juillet 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé plusieurs symptômes chez l'assurée, savoir une fatigue importante, des douleurs postopératoires au niveau sternal, des bouffées de chaleur importantes et des lombalgies basses invalidantes. Quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, il a relevé que depuis l'intervention chirurgicale pratiquée au mois de juin 2007, la reprise d'un travail impliquant des travaux manuels lourds était totalement contre-indiquée. Les investigations menées (scintigraphie osseuse effectuée le 3 juin 2009) n'avaient pas mis en évidence de lésion suspecte (métastases), mais une possible ostéomalacie. Dans le rapport annexé du 10 juin 2006 relatif à la scintigraphie, la Prof. A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en médecine nucléaire, et la Dresse Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire, ont relevé que "cet examen (était) superposable au précédent comparatif du 29.09.2008, (qu'en) effet, il n'y (avait) pas d'apparition de nouvelle lésion suspecte (et qu'il fallait) noter une captation augmentée sur la tomoscintigraphie de la vertèbre D7, sans traduction morphologique au CT scan, à surveiller, (les) images (étant) compatibles avec une ostéomalacie." Par lettre du 11 août 2009, l'assurée a requis de l'OAI qu'il corrige son préavis du 19 février 2009 en ce sens qu'une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% lui soit allouée à partir du 1 er juin 2008, sans limitation. Se référant au rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2009, elle a considéré qu'aucune reprise d'activité professionnelle n'était exigible de sa part. Le Dr H. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est déterminé sur la situation le 18 septembre 2009 dans les termes suivants : "Le Dr G. \_\_\_\_\_ oncologue estime dans son (rapport) du 22 juillet 2009 que l'exigibilité est nulle dans des postes de travaux lourds du monde de l'économie. Il ne contredit pas le rapport d'examen SMR du 29 janvier 2009. Dans un courrier daté du 26 mai 2006 (recte: 2009) le Dr G. \_\_\_\_\_ confirmait que l'absence de progression de la maladie au niveau osseux serait un argument en faveur d'une reprise d'activité. Les conclusions du rapport d'examen SMR reposant sur le courrier du Dr I. \_\_\_\_\_ reconnaissant une exigibilité de 50% dans une activité adaptée sont maintenues. L'exigibilité comme ouvrière en parqueterie est de 0% depuis juin 2007. L'exigibilité est de 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2008." Par courrier au

conseil de l'assurée du 16 novembre 2009, l'OAI a indiqué que l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position et a intégralement confirmé son préavis du 19 février 2009, indiquant qu'une décision susceptible de recours lui serait prochainement transmise. Par décision du 10 février 2010, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 2008, puis une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 52% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2009. E. Par arrêt du 22 juillet 2011 (cause AI 114/10 – 368/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé le 17 mars 2010 par E. \_\_\_\_\_ contre la décision du 10 février 2010, annulé cette dernière et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, la Cour a considéré que tous les médecins consultés admettaient que la recourante avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité pour la période allant du mois de juin 2007 au mois d'octobre 2008. Pour le surplus, elle a estimé qu'aucune pièce médicale au dossier n'emportait pleine valeur probante au sens de la jurisprudence ni ne lui permettait de se forger un avis tranché sur la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. Elle a par ailleurs relevé ce qui suit (consid. 2/d/cc) : "(...) L'intimé (réd. : l'OAI) prendra d'abord soin d'interroger à nouveau les médecins du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...] sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante à compter de mars 2007 dans une activité adaptée, en obtenant à cet effet l'avis d'un médecin cadre. En second lieu, il interrogera ces médecins sur l'existence d'une atteinte psychologique, respectivement si une telle atteinte a fait l'objet d'une prise en charge spécialisée et dans l'affirmative par quels médecins ou spécialistes. Pour terminer, il s'agira de savoir si l'ostéomalacie suspectée s'est finalement confirmée et si oui, quels ont été les effets de son traitement sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. Le cas échéant, suivant les réponses obtenues, l'Office AI examinera alors la nécessité d'une expertise indépendante (au sens de l'art. 44 LPG), éventuellement pluridisciplinaire, afin de déterminer la capacité de travail dès octobre 2008, pour déterminer si le droit à une rente entière, ou à une rente supérieure à une demi-rente, peut être reconnu." F. Reprenant l'instruction de la cause à la suite de cet arrêt, l'OAI a interpellé le [...] le 2 septembre 2011 afin d'établir l'évolution de la capacité de travail de l'assurée. Par rapport du 28 novembre 2011, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre d'oncologie, a apporté les réponses suivantes aux questions de l'OAI : " Quelle est l'évolution de la capacité de travail de l'assurée à partir de mars 2007 dans une activité adaptée ? La patiente présente une persistance des douleurs sternales entraînant une limitation de tous les mouvements des membres supérieurs (activités répétitives, port de charges lourdes, etc.) avec, de plus, apparition de lombalgies sur troubles lombaires (discopathie) qui limitent aussi son activité d'ordre physique. Existe-t-il une atteinte psychologique, respectivement une telle atteinte a-t-elle fait l'objet d'une prise en charge spécialisée et, dans l'alternative, par quel(s) médecin(s) ou spécialité(s) ? Actuellement, la patiente ne présente pas d'atteinte de cet ordre. Nous n'avons pas d'information concernant un éventuel suivi. Une ostéomalacie est-elle présente ? Le cas échéant, quels sont les effets du traitement sur sa capacité de travail résiduelle ? Au dernier contrôle d'ostéo-densitométrie, la patiente présentait effectivement une ostéopénie stable ; les limitations de l'activité professionnelle sont cependant en relation avec ses douleurs et non avec cette ostéopénie. » Le 11 janvier 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR a établi un avis dans lequel il a constaté que le rapport de la Dresse Z. \_\_\_\_\_ ne répondait pas aux questions soulevées dans l'arrêt du 22 juillet 2011. Il en résulterait cependant que l'assurée ne présentait pas de troubles de la sphère psychique. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a dès lors suggéré la mise en œuvre d'une expertise auprès

du Dr P. \_\_\_\_\_ (réd. : spécialiste en médecine interne générale). Par lettre à son conseil du 16 janvier 2012, l'assurée a été avertie qu'une expertise serait mise en œuvre auprès de ce spécialiste. Par lettre du 20 mars 2012 envoyée à l'OAI en vue de l'expertise, la Dresse U. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Centre d'oncologie – depuis lors devenue spécialiste en oncologie médicale –, a rappelé que l'assurée était connue pour un carcinome canalaire invasif du sein gauche traité par chimiothérapie néo-adjuvante, tumorectomie puis radiothérapie locorégionale jusqu'au mois d'avril 2003 puis sous hormonothérapie par Tamoxifène, Zoladex, du mois de février 2004 au mois de mai 2007. Elle avait alors présenté une récurrence tumorale avec métastase ostéolytique sternale unique traitée par résection sternale le 12 juin 2007 suivie d'une hormonothérapie par Femara en association avec du Zoladex tous les trois mois à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007. Elle était toujours sous hormonothérapie, les derniers examens radio-cliniques ne montrant pas de signe de récurrence. Ce risque demeurerait toutefois élevé, l'intéressée ayant connu un épisode de métastase unique durant l'année 2007 et étant suivie à raison d'une fois tous les trois mois dans le service d'oncologie pour des contrôles cliniques. La Dresse U. \_\_\_\_\_ a joint diverses pièces du dossier médical de l'assurée, notamment celles qui suivent : - un rapport des Drs B. \_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie médicale au Centre d'oncologie, et I. \_\_\_\_\_ du 23 mai 2007 attestant d'une récurrence tumorale; - un rapport de densitométrie osseuse établi le 27 mars 2009 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Département de l'appareil locomoteur du [...], qui a fait état d'une ostéopénie sur la colonne lombaire avec une perte osseuse de 10,8% sur le segment lombaire et de 4% sur la hanche par rapport à 2005; - un rapport d'échographie mammaire et axillaire bilatérale rendu le 3 février 2010 par le Prof. D. \_\_\_\_\_, et les Drs F. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, spécialistes en radiologie, qui ont conclu à l'absence d'élément suspect de malignité; - un rapport d'IRM du rachis lombaire rendu le 4 octobre 2010 par le Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et le Dr J. \_\_\_\_\_, qui a par la suite obtenu le même titre, ces deux praticiens ayant constaté l'absence de lésion focale suspecte de métastase, avec protrusions discales médianes en L3-L4 et paramédiane gauches en L4-L5 venant en contact de la racine L5 gauche; - un rapport de CT-scan thoraco-abdominal du 24 novembre 2010 du Prof. V. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et de la Dresse Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et en radiologie, qui ont conclu à l'absence d'argument en faveur d'une récurrence locorégionale ou à distance; - un rapport de mammographie du 24 mai 2011 des Drs D. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, depuis lors devenu spécialiste en radiologie, qui concluent à l'absence de lésion suspecte de malignité; - un rapport d'IRM lombaire du 8 août 2011 des Drs S. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, et M. \_\_\_\_\_, qui a depuis lors acquis ce titre, dans lequel ces deux médecins ont comparé leurs résultats à ceux de l'examen du 4 octobre 2010 et constaté une hernie discale en L5-S1 paramédiane et médiane droite susceptible d'occasionner un conflit au contact de la racine S1 droite, ainsi que de nouveaux signes d'atteinte inflammatoire au niveau inter-apophysaire postérieur bilatéral, modérés en L4-L5 des deux côtés, mais plus marqués en L5-S1 et associés à une atteinte inflammatoire inter-épineuse à ce niveau; - un rapport du 21 décembre 2011 des Drs N. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Centre d'oncologie, selon lequel l'assurée ne désirait pas de consultation spécialisée au sujet de la hernie discale, les douleurs s'amendant spontanément. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 2 avril 2012 et rendu son rapport le 18 avril 2012, dans lequel il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail suivant : "Cancer invasif du sein gauche (juillet 2003) - Status après chimiothérapie

néo-adjuvante terminée en décembre 2003. - Status après tumorectomie et curage axillaire gauche le 13.01.2004. - Status après radiothérapie terminée en avril 2004. - Hormonothérapie dès février 2004. - Récidive tumorale en mai 2007. - Sternotomie partielle et reconstruction par filet prothétique le 12.06.2007. - Reprise de l'hormonothérapie dès août 2007." S'agissant des affections sans effet sur la capacité de travail, le Dr P.\_\_\_\_\_ a retenu une obésité de classe I (BMI [ body mass index ; index de masse corporelle] à 32), une incontinence urinaire de type urge et un status variqueux du membre inférieur gauche. Il a estimé au plan physique que les limitations fonctionnelles étaient la conséquence des traitements de la maladie oncologique, en particulier de la sternotomie partielle, et consistaient en l'absence de charges de plus de 5 kg, de mouvements répétitifs et soutenus des deux membres supérieurs, de travaux au-dessus de l'horizontale des épaules des deux cotés et de travaux impliquant la pince entre le bras et le tronc. L'activité habituelle dans la menuiserie - parqueterie ou toute autre activité relativement lourde n'était plus possible, la capacité de travail étant nulle dans une telle activité qui n'était plus exigible. Une incapacité de travail avait existé du mois de juin 2003 au mois d'août 2004, puis à 100% depuis le 6 juin 2007. La capacité de travail était toutefois probablement complète dans une activité adaptée, qui pouvait être exercée à plein temps mais avec une perte de rendement de 30% en raison des douleurs intermittentes musculaires ou articulaires et de l'asthénie fluctuante. Selon l'expert, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables mais non souhaitées par l'assurée, dont les motivations à un reclassement professionnel paraissaient faibles. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise complémentaire le 14 mai 2012, précisant qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause l'appréciation de la Dresse I.\_\_\_\_\_ selon laquelle une activité adaptée à 50% pouvait être envisagée dès le 15 décembre 2008. Il a relevé qu'il était possible de fixer l'exigibilité à 100% au 1 er juillet 2009, retenant qu'une scintigraphie osseuse effectuée en juin 2009 revenait normale. Par avis du 4 juillet 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a repris les conclusions de l'expert P.\_\_\_\_\_ et retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 15 décembre 2008, puis de 100% dès le 1 er juillet 2009 avec une baisse de rendement de 30%. Selon un document de l'OAI du 30 août 2012 intitulé "REA – Rapport final", l'assurée a été informée du contenu du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2012 et des conséquences qu'emportaient ses conclusions, savoir la suppression de la demi-rente. Elle contestait toutefois cette appréciation, soutenant ne pas être en forme et ne pas se sentir capable de travailler. Par décision du 11 décembre 2012 confirmant un projet du 6 novembre 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière pour la période du 1 er mai 2008 au 31 mars 2009, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, puis une demi-rente pour la période du 1 er avril 2009 au 30 septembre 2009, compte tenu d'un degré d'invalidité de 52% "diminuée 3 mois après la 1 ère amélioration au 15.12.2008". Il a indiqué que la rente serait supprimée dès le premier jour du 2 ème mois suivant la notification de la décision à la suite de la deuxième amélioration du 1 er juillet 2009. L'OAI a motivé cette décision comme suit : "(...) (...)" Cette décision a été envoyée par courrier "B" pour notification au conseil de la recourante. Par lettre du 11 décembre 2012, ce dernier a requis de l'OAI qu'il prolonge le délai pour apporter des objections au projet de décision du 6 novembre 2012. Par courrier du 21 janvier 2013, l'OAI a informé le conseil de l'assurée que la prolongation requise ne pouvait être accordée, la décision ayant été envoyée le 11 décembre 2012. G. Par acte du 1 er février 2013, E.\_\_\_\_\_, toujours représentée par l'avocat Christian Dénériaz, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 11 décembre 2012, que son conseil aurait reçue le 17 décembre 2012.

Elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise neutre visant à déterminer l'évolution de son degré d'invalidité depuis le 6 juin 2008. A l'appui de ces conclusions, elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, dans la mesure où l'intimé n'avait pas attendu l'échéance usuelle du délai de trente jours pour lui notifier la décision attaquée. Elle a par ailleurs contesté que son état se soit amélioré depuis le 15 décembre 2008, respectivement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, estimant que son incapacité de travail était encore de 100%. Elle a fait valoir une forte dégradation de son état au début de l'année 2009, que l'expert n'avait selon elle pas prise en compte. Elle a en outre relevé qu'elle ignorait si le complément d'instruction mis en œuvre par l'intimé était conforme à l'arrêt de renvoi de juillet 2011. Elle a enfin argué qu'elle avait subi de façon régulière, depuis le prononcé de cet arrêt de renvoi et jusqu'au dépôt du recours, des périodes de chimiothérapie avec injections de médicaments et contrôles. Elle a en outre exposé avoir souffert d'une hernie discale et d'une infection gynécologique, déplorant que ses médecins traitants n'aient pas été approchés pour réévaluer sa capacité de travail. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise neutre. Elle a produit treize pièces, notamment un rapport de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 16 juin 2008 qui, relevant une amélioration des douleurs, a fait état d'un arrêt de travail justifié par l'intervention chirurgicale au niveau du sein et le curage axillaire, ainsi que par la sternotomie; Répondant le 10 avril 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision du 11 décembre 2012. Le 18 octobre 2013, la recourante a produit deux pièces, savoir : - Un rapport du 2 septembre 2010 des Drs B.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ faisant état d'épisodes de pollakiurie et nycturie; - un certificat médical établi le 29 août 2013 par la Dresse O.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale au Service d'oncologie, à la teneur suivante : "Le médecin soussigné certifie que E.\_\_\_\_\_ est régulièrement suivie dans le service d'oncologie du [...] pour un carcinome canalaire invasif du sein gauche, initialement diagnostiqué en 2003, traité par chimiothérapie néo-adjuvante, puis chirurgie, puis radiothérapie adjuvante. Un traitement médicamenteux d'hormonothérapie par Tamoxifène et de Zoladex est poursuivi de février 2004 à mai 2011 [recte : 2007]. En mai 2011 [recte : 2007], E.\_\_\_\_\_ présente une récurrence tumorale avec métastase ostéolytique sternale unique traitée par chirurgie le 12.06.2007. Depuis lors, elle bénéficie d'un traitement d'hormonothérapie par Femara et d'injections trimestrielles de Zoladex depuis juillet 2007. Actuellement, E.\_\_\_\_\_ ne présente pas de signe de récurrence métastatique de cancer du sein connu. Un prochain bilan scannographique de contrôle est prévu en octobre 2013. Dans le cadre des traitements et de sa maladie oncologique, E.\_\_\_\_\_ présente une fatigabilité à l'effort. A noter qu'elle est également suivie par le service d'urologie du [...] pour une symptomatologie de pollakiurie avec algurie également en cours de bilan." Par réplique du 17 février 2014, la recourante a maintenu sa position. Elle a produit un rapport du 28 janvier 2014 de la Dresse AB.\_\_\_\_\_, médecin assistante au Service d'oncologie, où il est mentionné que l'assurée présentait une possible sarcoïdose, étant précisé que dans le cadre de ses traitements et de sa maladie oncologique, elle présentait toujours une fatigabilité, surtout à l'effort. La recourante a exposé continuer à subir des périodes de chimiothérapie avec injection de médicaments et contrôles, qui l'ont totalement empêchée de travailler. Le fait que la situation se soit encore dégradée depuis l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ du 4 avril 2012 n'excluait selon elle pas le caractère infondé de la décision querellée. Elle a à nouveau requis la mise en œuvre d'une expertise sur la question de savoir si sa réintégration dans le

monde du travail était exigible à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2009. Dans sa duplique du 5 mars 2014, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Se déterminant le 18 juillet 2014, la recourante a produit les documents médicaux suivants : - Un rapport du 26 février 2014, dans lequel les Drs B. \_\_\_\_\_, CD. \_\_\_\_\_ – spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale – et AB. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de carcinome canalaire invasif du sein gauche, grade II, de sarcoïdose de stade II et de syndrome irritatif dans le cadre d'une vessie hyperactive idiopathique suivie en neuro-urologie. Ils ont relevé que la patiente était en rémission du carcinome du sein, avec unique récurrence métastatique au niveau sternal en mai 2007. Un nouveau CT thoraco-abdominal réalisé le 3 février 2014 avait mis en évidence une diminution spontanée des adénopathies médiastinales et hilaires ainsi que des nodules pulmonaires. Un suivi radiologique avait été proposé à l'assurée six mois plus tard. Au plan osseux, une ostéopénie avait été mise en évidence sur une densitométrie osseuse en février 2013, avec mise sous traitement de substitution par Calcimagon D3 Forte 1 cp x/jour. - Un certificat non daté, dans lequel la Dresse BC. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Service d'oncologie, a relevé un diagnostic principal de carcinome canalaire invasif du sein gauche, grade II, traité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007 par Zoladex (une fois tous les trois mois) et Femara (2,5 mg/j une fois par jour) ainsi qu'un diagnostic secondaire de sarcoïdose de stade II, posé en décembre 2013 et suivi par des pneumologues. Elle a relevé que la recourante était en rémission d'un carcinome canalaire invasif du sein gauche avec une récurrence métastatique unique un niveau sternal en mai 2007, sous hormonothérapie. Un nouveau CT thoraco-abdominal réalisé en mars 2014 avait mis en évidence une diminution spontanée des adénopathies ainsi que des nodules pulmonaires et la dernière mammographie réalisée le 9 mai 2014 était sans critères de particularité. Sur le plan osseux, une ostéopénie avait été mise en évidence au mois de février 2013, raison pour laquelle la recourante se trouvait sous traitement de substitution par Calcimagon D3 Forte 1 cp x/jour. Dans ses déterminations, la recourante a relevé que le diagnostic secondaire de sarcoïdose diagnostiquée au mois de décembre 2013 avait encore compliqué son état de santé. Le 18 août 2014, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours. Par lettre du 10 octobre 2014, la recourante a renoncé à déposer de nouvelles déterminations. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). La compétence pour en connaître échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), savoir le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Le délai de recours est de trente jours à compter de la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Ce délai ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 let. c LPGA). L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA). b) En l'espèce, la décision attaquée du 11 décembre 2012 a été envoyée pour notification au conseil de la recourante par courrier "B" et rien ne permet de contredire la recourante lorsqu'elle allègue que son conseil l'a reçue le 17 décembre 2012. Il s'ensuit que le délai de recours n'a commencé à courir qu'au terme des fêtes, soit le 3 janvier 2013, et que le recours, formé le 1<sup>er</sup> février 2013, a été déposé en temps utile. Remplissant au surplus les

conditions légales de forme, il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. ATF 129 V 4 consid.1.2). c) A l'aune de ce qui précède, les conclusions de la recourante doivent être comprises comme faisant porter le litige sur le maintien de son droit à une rente entière postérieurement au 31 mars 2009. 3. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2; TF 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2; TF 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3). b) L'art. 17 LPGA régissant la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201; ATF 131 V 164 consid. 2.2, ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_344/2010 du 1<sup>er</sup> février 2011 consid. 4.2; TF 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c; ATF 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p.

263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C\_58/2013 précité consid. 3.1 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1 ; TF 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2; TF 9C\_137/2013 précité consid. 3.1; TF 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a). 5. Dans un premier moyen, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue dans le cadre de la procédure de préavis, dans la mesure où l'intimé aurait notifié sa décision sans attendre l'échéance du délai de trente jours devant lui permettre d'être entendue sur le projet de décision. a) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 29 mai 1874; RS 1 3), qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101; ATF 126 V 130 consid. 2a et réf. cit.), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa; ATF 124 V 180 consid. 1a; ATF 124 V 372 consid. 3b et réf. cit.). En matière d'assurance-invalidité, la procédure d'audition préalable de l'art. 73 bis aRAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1992, concrétisait les garanties de rang constitutionnel découlant du droit d'être entendu lors de la phase de l'instruction de la demande. Cette procédure d'audition préalable a été supprimée avec l'entrée en vigueur de la LPGA au 1<sup>er</sup>

janvier 2003 et l'introduction de la procédure d'opposition, avant d'être réintroduite par la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, en ce que sens qu'au moyen d'un projet de décision, l'administration informe désormais l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus. Ainsi, conformément à l'art. 42 LPGA, l'assuré a le droit d'être entendu après que l'OAI, au moyen d'un préavis, lui communique toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (art. 57a al. 1 LAI). L'assuré peut faire part à l'OAI de ses observations sur le préavis dans un délai de trente jours (art. 73 ter RAI). A cet égard, le Tribunal fédéral a laissé ouvert le point de savoir si le délai de 30 jours de l'art. 73 ter al. 1 RAI était susceptible d'être prolongé (TF 9C\_50/2008 du 8 septembre 2008 consid. 2). b) En l'occurrence, dans le cadre de la présente procédure de recours, la recourante a eu l'occasion de se déterminer, en réplique notamment, et de faire part le cas échéant de ses observations éventuelles sur la décision litigieuse. Dans ces circonstances, on doit admettre que conformément à la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable, la recourante a eu l'opportunité dans la présente procédure de recours de s'exprimer sur les faits de nature à influencer sur le sort de la décision. Partant le vice formel dont se prévaut la recourante – pour autant qu'il existe, l'OAI soutenant qu'elle a effectivement bénéficié d'un délai de trente jours de préavis et le Tribunal fédéral ayant par ailleurs laissée ouverte la question de savoir si le délai de l'art. 73 ter al. 1 RAI peut être prolongé – a par conséquent été réparé dans le cadre de la présente procédure de recours (cf. ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et réf. cit.; TF 8C\_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le grief de la recourante s'agissant d'une violation du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable est dès lors infondé. 6. La recourante fait essentiellement valoir que son état de santé n'a pas connu d'amélioration, que ce soit depuis le 15 décembre 2008, respectivement depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, estimant que son incapacité de travail demeure totale. Il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler à compter du mois de mai 2007, en raison d'une récurrence tumorale, qui a conduit au mois de juin 2007 à l'ablation d'une partie du sternum ainsi que d'une côte en raison de la présence d'une métastase. Donnant suite à l'arrêt de renvoi de la Cour de céans du 22 juillet 2011, l'OAI a interpellé les médecins du service d'oncologie du [...], afin qu'ils le renseignent sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante à compter du mois de mai 2007 dans une activité adaptée et sur l'existence d'une éventuelle atteinte psychologique. Dans ce contexte, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a expliqué que la patiente présentait une persistance des douleurs sternales entraînant une limitation de tous les mouvements des membres supérieurs (activités répétitives, port de charges lourdes, etc.), avec de plus l'apparition de lombalgies sur troubles lombaires (discopathies) limitant aussi son activité d'ordre physique. Cette praticienne a en outre relevé l'absence d'atteinte d'ordre psychologique. Elle a enfin observé que la patiente présentait une ostéopénie stable, en précisant que les limitations de l'activité professionnelle étaient en lien avec les douleurs et non l'ostéopénie. Comme l'a pertinemment relevé le Dr H. \_\_\_\_\_ dans son avis du 11 janvier 2012, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée sur l'évolution de la capacité de travail de l'assurée depuis le mois de mai 2007, mais s'est contentée de relever ses limitations fonctionnelles. C'est dans ce contexte que le Dr P. \_\_\_\_\_ a été sollicité pour expertiser la recourante. On relèvera à ce stade qu'en interpellant les médecins du service d'oncologie du [...] sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le mois de mai 2007, ainsi que sur la présence d'une éventuelle atteinte psychologique et sa prise en

charge, de même que sur le point de savoir si l'ostéomalacie suspectée s'était finalement confirmée, l'OAI a agi conformément à l'arrêt de renvoi du 22 juillet 2011. Il en va de même s'agissant de la mise en œuvre d'une expertise au sens de l'art. 44 LPG, confiée au Dr P. \_\_\_\_\_, vu l'absence de renseignements des médecins du service d'oncologie au sujet de l'évolution de la capacité de travail de la recourante depuis le printemps 2007. Dans le cadre de son expertise, le Dr P. \_\_\_\_\_ a tenu compte de la documentation médicale au dossier; il a résumé les données personnelles et familiales de l'assurée, a posé son anamnèse, fait état de ses plaintes, décrit les constatations faites dans le cadre de son examen, puis a discuté le cas, en tenant compte de l'histoire médicale et de la situation actuelle de l'assurée. C'est à la suite de ses observations détaillées qu'il a conclu que l'activité habituelle d'ouvrière en parqueterie de la recourante n'était plus exigible, s'agissant d'une activité lourde. Par contre, elle présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles – pas de port de charges de plus de 5 kg des deux côtés, pas de mouvements répétitifs et soutenus des deux membres supérieurs, pas de travaux au-dessus de l'horizontale des épaules des deux côtés et pas de travaux impliquant la pince entre les bras et le tronc –, avec toutefois une baisse de rendement de 30% en raison de sa fatigabilité et des douleurs musculo-articulaires secondaires au traitement. Invité à compléter son rapport sur le point de l'évolution de la capacité de travail, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé le 14 mars 2012 qu'il n'y avait pas lieu de remettre en cause l'appréciation de la Dresse I. \_\_\_\_\_ selon laquelle une activité adaptée pouvait être exercée à compter du 15 décembre 2008 à 50%. Il a par ailleurs fixé l'exigibilité à 100% à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009, dès lors que la scintigraphie osseuse effectuée au mois de juin 2009 était normale. Le rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ remplit ainsi tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il n'est au demeurant pas contredit : les limitations fonctionnelles qu'il recense sont superposables à celles relevées par la Dresse I. \_\_\_\_\_ le 15 décembre 2008, savoir le port de charges et les mouvements répétitifs des membres supérieurs. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a en outre tenu compte de la fatigabilité de la recourante et de ses douleurs en estimant que sa baisse de rendement était de 30% à compter du mois de juillet 2009. Les Drs W. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont certes mentionné, dans leur rapport du 26 mai 2009, que l'assurée se plaignait de douleurs persistantes importantes au niveau de la région mammaire et sternale, ainsi que d'une asthénie constante, voire en aggravation. Ces médecins ont cependant mis en œuvre de nouveaux examens complémentaires, dont une scintigraphie osseuse, afin d'exclure une éventuelle progression de la maladie tumorale. Dans son rapport du 22 juillet 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a ainsi constaté que les investigations menées, savoir la scintigraphie osseuse du 10 juin 2009, n'avaient pas mis en évidence de lésions suspectes, mais une possible ostéomalacie. Sans se prononcer formellement sur la capacité de travail, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que la reprise d'un travail impliquant des travaux manuels lourds était totalement contre-indiquée. Cela n'est pas contredit par les constatations de l'expert P. \_\_\_\_\_, qui a au contraire retenu des limitations fonctionnelles allant dans le même sens. L'assurée ne peut donc être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert n'a pas pris en compte la "forte dégradation" de son état de santé depuis le début de l'année 2009, celle-ci consistant au demeurant, selon les médecins du Service d'oncologie, davantage en une absence d'amélioration qu'en une péjoration. Il n'est par ailleurs pas contesté que la recourante a bénéficié de façon régulière d'un traitement médicamenteux d'hormonothérapie par Femara et injections trimestrielles de Zoladex, depuis le mois de juillet 2007, ce dont l'expert a tenu compte (rapport d'expertise,

p. 10). S'agissant de l'infection gynécologique dont l'assurée fait état, les médecins n'ont pas identifié quel effet elle aurait sur sa capacité de travail. Quant à sa hernie discale, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante ne souhaitait pas de consultation spécialisée à ce sujet, les douleurs s'amendant spontanément. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_. Il convient ainsi de retenir, avec l'intimé, que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à la suite de sa rechute tumorale du mois de mai 2007, qui a perduré pour toute activité jusqu'au 15 décembre 2008. Dès cette date, la recourante a toutefois présenté une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles puis, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009, une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec baisse de rendement de 30% compte tenu de ses douleurs intermittentes et de son asthénie fluctuante. En procédure, la recourante a produit de nouvelles pièces qui sont postérieures à la décision attaquée et font en particulier état d'une sarcoïdose survenue après le prononcé de la décision attaquée (rapport de la Dresse AB.\_\_\_\_\_ du 28 janvier 2014; rapport des Drs B.\_\_\_\_\_, CD.\_\_\_\_\_ et AB.\_\_\_\_\_ du 26 février 2014; rapport non daté de la Dresse BC.\_\_\_\_\_). Dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (cf. supra consid. 2/b), il ne peut être tenu compte de cette nouvelle affection dans le cadre de la présente affaire. On ignore au demeurant quel est l'impact de cette affection sur la capacité de travail de la recourante, celle-ci constituant quoi qu'il en soit de façon évidente un fait nouveau dont il devra être tenu compte et justifiant prima facie une entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations.

7. La recourante ne conteste pour le surplus pas le calcul de son taux d'invalidité par l'intimé. Vérifié d'office, celui-ci peut être confirmé.

8. Le dossier de la cause est donc instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation du degré d'invalidité de la recourante. Dans ces conditions, de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte que les requêtes du recourant en ce sens doivent être rejetées (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3; ATF 130 II 425 consid. 2.1). Le juge peut en effet renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités).

9. En conséquence, la décision rendue le 11 décembre 2012 par l'OAI n'est pas critiquable et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, la procédure en matière d'assurance-invalidité est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, doit supporter les frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1, 91 et 99 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 400 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 11 décembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont mis à la charge de E.\_\_\_\_\_. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Christian Dénériaz (pour E.\_\_\_\_\_), ■ 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.