

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2022

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, mère de deux enfants aujourd'hui majeurs, a occupé un poste d'informaticienne auprès de la société X._____ SA de 1999 à 2003, obtenu après avoir bénéficié de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité, à la suite d'une première demande de prestations motivée par un accident de circulation survenu en 1987.

B. a) Le 18 février 2004, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de troubles psychiatriques depuis le mois de décembre 2002. Le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu à partir du 1^{er} mars 2004 par décisions des 18 février 2005 et 15 mars 2005.

b) Dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente d'invalidité initiée en février 2007, l'OAI a sollicité des renseignements de I._____, qui, sous la signature des Drs C._____, chef de clinique, et E._____, médecin assistant, ont posé, par rapport du 13 février 2007, le diagnostic de schizophrénie paranoïde existant depuis 2002 et évalué la capacité de travail à 80 %, précisant que l'assurée bénéficiait d'un traitement médicamenteux à base de neuroleptiques et d'un suivi de psychothérapie de soutien, auxquels elle adhérait bien, et grâce auxquels son état psychologique pouvait être stabilisé.

Le 14 juillet 2009, les Drs G._____ et O._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à I._____, ont posé le même diagnostic. Comme restrictions psychiques, ils ont mentionné un trouble de la pensée avec idées délirantes de persécution et des difficultés d'adhérer au projet thérapeutique, l'état psychique de l'assurée ne lui permettant en outre pas de s'investir dans une situation professionnelle stressante. Ils ont attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis 2002, émettant un pronostic défavorable pour une reprise de travail au vu de l'instabilité de l'état psychique de l'assurée et de la

chronification de sa maladie, même si elle se montrait motivée pour une réadaptation professionnelle.

Dans un avis du 10 septembre 2009, la Dre B._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu que la capacité de travail de l'assurée avait été de 80 % dans une activité adaptée du 13 février 2007 au 18 septembre 2008 et qu'elle était nulle depuis le 19 septembre 2008.

Par décision du 22 octobre 2009, la rente d'invalidité de l'assurée a été réduite à un quart, compte tenu d'un degré d'invalidité de 47 %, à compter du 1^{er} décembre 2009.

L'assurée a contesté cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal qui, par arrêt du 28 octobre 2010 (CASSO AI 542/09 - 421/2010), a admis son recours, annulé la décision du 22 octobre 2009, et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire.

Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a sollicité des renseignements au Dr H._____, psychiatre traitant depuis le 30 novembre 2010, qui a établi un rapport le 28 avril 2011 posant le diagnostic de schizophrénie paranoïde pour lequel l'assurée bénéficiait d'un traitement de neuroleptique (Abilify 15 mg une fois par jour) et d'une psychothérapie. Il a précisé que l'assurée présentait un apragmatisme, des idées délirantes de persécution et des troubles formels de la pensée se traduisant au travail par une impossibilité de se concentrer. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le début du suivi le 30 novembre 2010.

Dans une communication du 20 janvier 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait réintroduire la rente entière dès le 1^{er} décembre 2009.

Le 31 juillet 2012, l'assurée a signalé à l'OAI qu'un placement temporaire auprès de D._____, SA, via une agence de placement, avait

débouché sur la conclusion d'un contrat de travail fixe avec cette société dès septembre 2011.

Le 28 août 2012, le Dr H. _____ a confirmé que l'assurée pouvait travailler à 100 % depuis bientôt une année, précisant que l'évolution était favorable avec la prise régulière de la médication mais qu'il existait un risque de rechute.

Dans un rapport du 5 novembre 2012, il a noté que la schizophrénie paranoïde était en rémission complète, l'assurée ne présentant alors plus de symptômes psychotiques. Le traitement consistait toujours en la prise d'un neuroleptique et en une psychothérapie de soutien. Le Dr H. _____ a émis un pronostic favorable avec une prise médicamenteuse régulière.

Par décision du 25 mars 2013, l'OAI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification.

C. L'assurée, atteinte d'un cancer du sein, a sollicité de l'OAI la prise en charge d'une perruque par demande du 6 février 2017.

Dans un rapport du 24 février 2017, le Dr J. _____, chef de clinique adjoint au Service d'oncologie de R. _____, a notamment indiqué que l'assurée avait subi une opération conservatrice mammaire pour un cancer du sein droit diagnostiqué le 9 décembre 2016 et qu'une chimiothérapie avait été introduite le 13 janvier 2017. Elle souffrait également d'une mucite de grade I, d'une alopecie de grade II, le Dr J. _____ signant aussi une prise pondérale en lien avec la fragilité psychologique et des troubles de l'hémogramme.

Par communication du 21 mars 2017, l'OAI a accepté la prise en charge d'une perruque jusqu'à concurrence de 1'500 fr. par année civile, du 15 octobre 2016 au 31 octobre 2018.

D. Le 18 avril 2017, l'assurée a déposé une troisième demande AI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « cancer du sein », existant depuis le 25 octobre 2016. Elle a mentionné avoir œuvré à 100 % du 1^{er} septembre 2011 au 31 décembre 2016 pour le compte de D._____ SA.

Dans un rapport du 15 mai 2017, le Dr J._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome mammaire du sein droit, précisant notamment que la chimiothérapie se poursuivait.

Dans un rapport du 9 mai 2018, il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de carcinome des deux seins avec mastectomie, de schizophrénie paranoïde, d'obésité morbide avec BMI à 50 kg/m², de diabète et de syndrome d'apnées du sommeil. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 23 décembre 2016.

Le 19 août 2018, le Dr H._____ a confirmé le diagnostic de schizophrénie paranoïde, précisant que l'assurée était alors hospitalisée en milieu psychiatrique pour une décompensation psychotique. Il a ajouté que la situation s'était péjorée progressivement depuis 2016 avec le diagnostic de carcinome, le développement d'un diabète et une obésité morbide (BMI 50 kg/m²), laquelle entraînait des difficultés à se déplacer, l'assurée étant par ailleurs rapidement épuisée. Du point de vue psychique, elle avait des difficultés à prendre son traitement régulièrement, étant persuadée de ne pas être malade, alors que les tentatives d'arrêt de traitement avaient pourtant démontré qu'elle avait besoin d'un neuroleptique. Il était prévu de réintroduire un traitement d'Abilify qui la stabilisait et un suivi hebdomadaire à domicile par un infirmier en psychiatrie avait été instauré, en complément au suivi par le psychiatre traitant. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné des troubles de la concentration et de l'attention et un ralentissement psychomoteur. Selon lui, la capacité de travail était nulle dans toute activité en raison des problèmes psychiques mais aussi physiques.

Interpellé par l'OAI, le Dr J._____ a indiqué, le 29 novembre 2018, que l'état général était stable lors de la dernière évaluation avec

une tolérance optimale au traitement d'hormonothérapie en cours. Il a également fait état d'un suivi pour un lymphœdème du membre supérieur droit consécutif à l'opération qui limitait l'assurée pour le port de charges et les mouvements du membre supérieur. L'assurée était aussi invalidée par des arthromyalgies diffuses qui étaient majorées par le traitement anti-hormonal. Il était d'avis que l'hormonothérapie, associée au deuil du diagnostic et du traitement, pouvait également avoir un impact négatif sur le status psychique fragile de l'assurée.

Se déterminant le 7 février 2019 sur le dossier, le Dr Q._____, médecin au SMR, a estimé que l'atteinte psychique n'était pas incapacitante sous traitement et que la décompensation actuelle était due à l'interruption d'un traitement neuroleptique exigible. Il s'est déterminé sur la capacité de travail sous l'angle somatique en retenant une capacité de travail nulle dans toute activité entre octobre 2016 et mai 2018 en raison de l'atteinte oncologique, puis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

Dans un rapport du 18 juin 2019, les Dres S._____, psychologue adjointe, et V._____, médecin assistante au centre R._____, ont mentionné le diagnostic connu de schizophrénie paranoïde et posé en outre le diagnostic de trouble schizo-affectif de type maniaque. Lors de la dernière hospitalisation en milieu psychiatrique, un traitement médicamenteux injectable avait été instauré, sous peine d'un signalement à la justice de paix, au vu des nombreux arrêts de traitement en lien avec une faible conscience morbide ayant entraîné des rechutes et plusieurs hospitalisations. Elles étaient d'avis que la capacité de travail était nulle tant sur le plan psychiatrique que physique.

Le 21 juillet 2020, sur questions complémentaires de l'OAI, elles ont précisé que l'assurée se montrait compliant dans son traitement injectable, malgré une conscience morbide peu présente, et qu'elle ne présentait pas de symptôme psychotique floride sous traitement continu, mais qu'il persistait cependant certaines idées de grandeur. Les derniers épisodes de décompensation avaient eu lieu du 20 décembre 2018 au 5

février 2019, en juillet 2018, mars 2016, mars 2013, juillet 2012, et novembre 2010.

Le Dr Q._____ du SMR a demandé le dernier rapport d'hospitalisation de l'assurée du 5 février 2019 signé par les Drs BV._____, cheffe de clinique au centre R._____, et CR._____, médecin assistant. Il en ressort que l'assurée était connue pour dix hospitalisations en lien avec son trouble psychiatrique lorsqu'elle a été hospitalisée une nouvelle fois au centre R._____ du 20 décembre 2018 au 5 février 2019, dans le cadre d'un placement à des fins d'assistance (PLAFA) médical pour décompensation psychotique, le diagnostic principal retenu étant celui de trouble schizo-affectif de type maniaque.

Dans un avis du 30 septembre 2020, le Dr Q._____ du SMR a estimé que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toutes activités entre octobre 2016 et mai 2018 en lien avec les atteintes oncologiques, mais qu'elle avait ensuite récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges ni de mouvements intensifs et répétés des membres supérieurs), hormis durant les décompensations psychiques non-durables, estimant au demeurant que l'activité habituelle était adaptée.

Dans un projet de décision du 18 novembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 août 2018.

Par courrier du 12 janvier 2021, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision.

Le 23 février 2021, Dr Q._____ a proposé d'interroger les médecins traitants sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Le 16 mars 2021, les Dres M._____, cheffe de clinique adjointe, et F._____, médecin assistante au R._____, ont répondu que

la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % depuis le 1^{er} juillet 2019 d'un point de vue psychiatrique.

Dans un nouveau projet de décision du 23 mars 2021, annulant et remplaçant celui du 18 novembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2019, estimant qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale depuis le 25 octobre 2016, mais qu'elle avait récupéré une capacité de travail de 100 % depuis le 1^{er} juillet 2019 dans la dernière activité exercée et dans toute autre activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges ni de mouvements intenses et répétés des membres supérieurs).

Dans un courrier du 26 avril 2021, complété le 27 mai 2021, l'assurée a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision, reprochant notamment à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de toutes les limitations induites par ses problèmes de santé somatiques, en particulier ceux liés à son obésité.

Dans une correspondance du 15 juin 2021 à l'OAI, les Dres M._____ et F._____ ont notamment indiqué que l'obésité impactait l'estime de soi de l'assurée, son bien-être et sa qualité de vie.

Dans un courrier du 17 juin 2021, U._____, infirmier clinicien à K._____, a informé l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis plusieurs années, qu'un travail actif était fait pour améliorer son état de santé, et qu'il était d'avis que la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable pour le moment au vu des très importantes limitations fonctionnelles induites par les divers problèmes de santé.

Dans un rapport du 30 juin 2021, le Prof. P._____ et le Dr AD._____, respectivement médecin agrée et chef de clinique au Service de chirurgie viscérale du centre R._____, ont mentionné que l'assurée présentait une obésité morbide de classe III avec un BMI à 61 kg/m². Ils ont précisé que l'assurée avait eu un poids normal jusqu'en 2002, qu'elle

avait pris du poids à la suite d'un burnout en 2003, puis 40 kg de plus à la suite d'un traitement de Zyprexa instauré à fin 2004, et qu'après une stabilisation entre 2006 et 2008, son poids avait ensuite continué à augmenter à la suite du décès de sa sœur. Comme comorbidités liées à l'obésité, ils ont mentionné une résistance à l'insuline, une hypercholestérolémie non traitée, une hypothyroïdie auto-immune diagnostiquée en avril 2021, des gonalgies bilatérales, des pertes urinaires et des difficultés très importantes à la mobilisation. Un bilan pour une chirurgie bariatrique était en cours.

Le 30 juin 2021, l'assurée a déposé des observations complémentaires, faisant notamment valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte de son insuffisance veineuse. Elle a produit diverses pièces médicales, en particulier :

- Un rapport du 24 juin 2021 des Dr N.____ et Z.____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Service d'angiologie de R.____, faisant notamment état d'une insuffisance veineuse des membres inférieurs de stade C4 dans un contexte d'obésité morbide (BMI à 61.9 kg/m²) qui gênait extrêmement l'assurée dans sa mobilisation. Au status, il était notamment observé une dermite ocre plus importante à droite qu'à gauche et un lipo-phlébo-lymphoedème des membres inférieurs. Dans le cadre de son obésité morbide, une intervention phlébologique comportait un risque important de complications avec un bénéfice escompté limité par la stase veineuse liée au surpoids ; la poursuite d'un traitement conservateur lui était ainsi proposée et elle était encouragée à porter des bas de compression le plus régulièrement possible.
- Un rapport du 10 mars 2021 de la Dre T.____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie au centre Y.____, mentionnant que l'assurée bénéficiait d'une prise en charge multidisciplinaire de son obésité dans un contexte de préparation à l'intervention d'un bypass gastrique.

Se déterminant le 3 août 2021 sur les nouvelles pièces versées au dossier, le Dr Q. _____ a estimé qu'elles ne mettaient pas en évidence de nouvelles atteintes ou d'aggravation significative pouvant être considérées comme incapacitantes dans l'activité habituelle sédentaire, aucun des médecins consultés n'émettant une capacité de travail différente de celle retenue précédemment.

Par décision du 23 septembre 2021, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2019.

E. Par acte du 19 octobre 2021, L. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui est reconnu au-delà du 30 septembre 2019.

Le 4 novembre 2021, désormais représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, elle a fait valoir que son obésité n'avait pas été prise en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, ajoutant que ce trouble entraînait diverses comorbidités, tels une hypothyroïdie auto-immune, des gonalgies bilatérales et des difficultés très importantes à la mobilisation. Elle a modifié ses conclusions, sollicitant, à titre principal, qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2019, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour ce qui est du droit à une rente au-delà du 30 septembre 2019, et, à titre subsidiaire, l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2017.

Par décision du 18 novembre 2021, statuant sur la requête d'assistance judiciaire formulée par la recourante, la juge instructrice l'a mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 novembre 2021, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri, la recourante étant en outre exonérée de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 21 décembre 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 15 février 2022, la recourante a maintenu sa position.

Dans sa duplique du 7 mars 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions. Se référant à un avis du Dr Q. _____ du SMR du 3 mars 2022 qu'il a joint à son écriture, il a estimé que l'obésité de la recourante n'était pas invalidante.

Dans une détermination du 28 mars 2022, la recourante a soutenu que sa problématique psychiatrique entraînait une incapacité de travail et a requis la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire englobant à tout le moins des volets psychiatrique, endocrinologue, oncologique et viscéral, au vu de sa situation médicale complexe. Elle a notamment produit :

- Un rapport du 25 mars 2022 du Dr W. _____, chef de clinique adjoint à la Consultation de prévention et traitement de l'obésité du Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du centre R. _____, mentionnant que la recourante était suivie depuis le 4 juin 2021 en vue d'une chirurgie bariatrique. Elle avait alors un poids de 164 kg et un indice de masse corporelle (IMC) de 63.4 kg/m², ce qui correspondait à une « super-super-obésité » et entraînait une mobilité extrêmement réduite avec des douleurs articulaires diffuses. Le Dr W. _____ était d'avis que l'activité professionnelle habituelle n'était pas compatible avec un tel degré d'obésité.
- Un rapport du 28 mars 2022 du Dr J. _____ signalant que le traitement anti-hormonal avait été stoppé à cause d'une intolérance et que l'assurée présentait toujours des séquelles de l'opération et du traitement adjuvant. Elle souffrait d'une fatigabilité chronique, d'arthralgies et de troubles de l'humeur. Concernant l'obésité, il a précisé qu'elle préexistait au diagnostic de cancer et ne semblait pas être liée à ce dernier.

Le 29 mars 2022, la recourante a fait valoir que l'expertise requise devait comporter également un volet d'angiologie compte tenu de sa maladie veineuse qui n'a pas été prise en compte par l'intimé pour l'évaluation de sa capacité de travail.

L'intimé a maintenu sa position dans une détermination du 25 avril 2022, estimant que la problématique veineuse, sous contrôle et traitée, n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 septembre 2019.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement

sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 23 septembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) 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).

b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

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

e) 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

f) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5).

g) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

h) Si l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, celle-ci doit toutefois être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_48/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.3).

5. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 18 avril 2017. Après avoir réuni les rapports de ses médecins, il a estimé que sa capacité de travail avait été nulle à compter du 25 octobre 2016, mais

était entière depuis le 1^{er} juillet 2019 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges ni de mouvements intenses et répétés des membres supérieurs), l'activité habituelle telle qu'exercée auprès de D. _____ SA demeurant adaptée. Il a ainsi reconnu le droit à la recourante à une rente entière limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2017 au 30 septembre 2019.

La recourante fait pour sa part valoir pour l'essentiel que sa très forte surcharge pondérale avec comorbidités n'a pas été prise en compte, à tort, de même que ses atteintes psychiatriques et veineuses.

Cette argumentation est bien fondée. Si l'obésité n'est en soi pas constitutive d'invalidité (cf. consid. 4 h *supra*), il y a toutefois lieu de constater que la recourante est obèse morbide, avec un poids de 164 kg, qui correspond à un IMC de 63.4 kg/m², soit, de l'avis du Dr W. _____, à une « super-super-obésité ». Celle-ci occasionne une mobilité extrêmement réduite avec des douleurs articulaires diffuses. Pour le Dr W. _____, l'activité professionnelle habituelle n'est pas compatible avec ce degré d'obésité (cf. son rapport du 25 mars 2022). Or on ignore, en l'état du dossier, l'origine de la surcharge pondérale dont la recourante souffre, ou si ce trouble a provoqué une atteinte à la santé. Le Dr J. _____ a estimé que l'obésité pré-existait aux traitements et au diagnostic de cancer et ne semblait donc pas liée à ce dernier. Cela étant, l'obésité s'est péjorée au fil des ans et la prise de poids semble multifactorielle. Selon le rapport du 30 juin 2021 du Dr P. _____, la prise de poids a commencé en 2003 à la suite d'un burnout, l'assurée a ensuite pris 40 kg après l'introduction en 2004 d'un traitement de Zyprexa, et, après une période de stabilité entre 2006 et 2008, le poids a de nouveau continué à augmenter à la suite du décès de la sœur de la recourante. Par ailleurs, il existe une controverse médicale sur le taux de capacité de travail résiduelle de la recourante. Le SMR mentionne qu'aucun des médecins consultés n'émet une appréciation différente de la capacité de travail précédemment retenue (cf. avis du Dr Q. _____ des 3 août 2021 et 3 mars 2022), alors que le Dr W. _____ est pourtant d'avis qu'une activité professionnelle n'est pas compatible avec l'obésité de la recourante. Il

subsiste ainsi des doutes quant aux constatations du SMR, qui justifient la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. A cet égard, le SMR relève, dans son avis du 3 mars 2022, qu'un examen détaillé de l'obésité de la recourante impliquerait une mesure objective du poids dans un premier temps, puis une investigation des conséquences fonctionnelles de l'obésité, ainsi qu'une étude des régimes et interventions déjà tentées par la recourante et les raisons de leurs échecs, et enfin l'examen de l'exigibilité des traitements non essayés ou qui auraient été mal conduits.

Il y a lieu de constater également que le volet oncologique n'a pas non plus été suffisamment instruit. Si le SMR a pris en compte les limitations induites par le lymphœdème consécutif au traitement cancéreux (soit les ports de charges et les mouvements répétitifs), il n'a cependant pas discuté des autres séquelles du cancer évoquées par le Dr J._____, en particulier la fatigue et les arthralgies dont se plaint la recourante.

Dans le cadre du complément d'instruction à mettre en œuvre, il y aura également lieu d'examiner la problématique veineuse et son éventuelle incidence sur la capacité de travail, ainsi que le volet psychiatrique. Sur ce dernier point, les rapports au dossier sont peu cohérents. Il est admis que la recourante a été en incapacité de travail totale au plan psychique (cf. rapport du Dr H._____ du 19 août 2018) et c'est le diagnostic de schizophrénie paranoïde qui est posé par la plupart des médecins. Toutefois, dans leur rapport du 18 juin 2019, les Dres S._____ et V._____ font état d'un nouveau diagnostic de trouble schizo-affectif de type maniaque existant depuis avril 2016, rejoignant ainsi l'appréciation de la Dre BV._____ (cf. rapport du 5 février 2019), et estiment que la capacité de travail est nulle. Sur questions complémentaires de l'intimé, elles ont indiqué le 21 juillet 2020 que la recourante était tout à fait compliant dans son traitement injectable et ne présentait pas de symptôme psychotique floride sous traitement continu, certaines idées de grandeur persistant cependant. Les Dres S._____ et V._____ ne se sont pas prononcées sur la capacité de travail, mais ont renseigné l'OAI sur les dates des épisodes de décompensation, sans faire

état d'une capacité de travail entière sur le plan psychique. Il est exact que le 16 mars 2021, la Dre M. _____ a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 100 % d'un point de vue psychique depuis le 1^{er} juillet 2019. Elle a cependant fait état, le 15 juin 2021, de répercussions de l'obésité sur le moral de la recourante et sur son estime de soi. Quant à l'infirmier de K. _____, certes pas médecin, il a lui aussi observé, le 17 juin 2021, que les limitations fonctionnelles de la recourante étaient trop importantes pour permettre une reprise de travail dans l'immédiat. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, de la gravité de l'atteinte psychiatrique, qui a conduit la recourante à plus de dix hospitalisations (dont seulement deux en mode volontaire), et de l'absence de toute expertise de ce volet, il y aura ainsi lieu de compléter l'instruction également par un examen psychiatrique.

b) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGa, pour qu'il en complète l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur l'état de santé de la recourante dans son ensemble, qui inclura à tout le moins un volet de médecine interne et psychique, à charge pour les experts de s'adjoindre le cas échéant les services de spécialistes en endocrinologie, oncologie ou en angiologie.

c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de mesures d'instruction de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis

LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) 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). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. 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, en l'état tout au moins, 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 23 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à L. _____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :