

## **COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

Arrêt du 6 juillet 2026

Composition :        Mme DURUSSEL, présidente  
                              Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière :        Mme Cuérel

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**A.**\_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourante, représentée par Me Ana Rita Perez, avocate  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 al. 1 LPG**

**En fait :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en \*\*\*, est au bénéfice d'un diplôme de téléopératrice et d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce. Elle a été engagée par B.\_\_\_\_\_ SA en qualité de "vocational coach" dès le 1<sup>er</sup> juin 2010, au taux de 100 %.

Le 17 mars 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'un burn-out. Elle a été en incapacité totale de travailler du 3 septembre au 11 novembre 2013. Elle a repris son emploi auprès de B.\_\_\_\_\_ SA à 50 % dès le 18 novembre 2013, puis à 75 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2014 et enfin à 100 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014.

Par décision du 29 janvier 2015, confirmant un projet du 2 décembre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif que son incapacité de travail avait duré moins d'une année.

**B.** En novembre 2018, l'assurée a appris qu'elle souffrait d'un cancer du sein gauche, plus précisément un carcinome invasif bifocal. Elle a subi une mastectomie le 1<sup>er</sup> janvier 2019, puis s'est soumise à quatre cycles de chimiothérapie du 13 février au 15 avril 2019, ainsi qu'à une radiothérapie du 6 mai au 11 juin 2019. Dès le 24 juin 2019, elle a commencé un traitement d'hormonothérapie.

Le 8 août 2019, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de cette atteinte.

Répondant à un questionnaire de l'OAI le 3 juin 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), a indiqué que sa patiente présentait les symptômes suivants, en lien avec les traitements antihormonaux : des arthralgies surtout au moment du réveil, augmentées lors du stationnement assis ou debout prolongé, des bouffées de chaleurs, des névralgies d'Arnold, des troubles de l'adaptation, de l'asthénie ainsi que

des troubles de la concentration et de la mémoire. L'ensemble du traitement comprenait la médication suivante : du Zoloft 75mg le matin, du Létrozole 2,5 mg 1x/jour, du Zoladex 3,6 mg 1x/mois, de la Cimifemine forte 13mg 1x/jour, du Calcimagon-D3 500/800 Ui 1x/jour, ainsi que du Dafalgan 1g, du Ponstan 500mg et du Temesta 1g en réserve. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : une fatigabilité accrue, des difficultés d'organisation et de concentration, ainsi que des douleurs articulaires empêchant le maintien prolongé des positions assise et debout. L'incapacité de travail était totale dans quelque activité que ce soit.

Le 30 juin 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants, ayant une incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent (F33.0) depuis 2015, épisode actuel léger, anxiété généralisée (F41.1) depuis 2015, trouble du sommeil non organique (F51.9) depuis 2015 et trouble du sommeil (G47.9) depuis 2019. Après le bouleversement émotionnel consécutif à l'annonce de son cancer, la santé psychique de sa patiente était demeurée relativement stable compte tenu du contexte. Une péjoration était survenue en juin 2019, lors de l'introduction de l'hormonothérapie. L'assurée souffrait d'une grande émotivité et d'une sensibilité au stress, avec l'apparition de migraines et de névralgies, d'une importante labilité émotionnelle, d'une faible capacité d'adaptation aux changements et à la nouveauté, d'une grande fatigabilité, de troubles du sommeil dues aux douleurs articulaires nocturnes, aux bouffées de chaleur et à des difficultés à respirer, ainsi que de troubles de la concentration et de la mémoire. La capacité de travail demeurait nulle. Le pronostic du Dr G.\_\_\_\_\_ était réservé.

Dans un rapport du 29 décembre 2020, la Dre C.\_\_\_\_\_ a expliqué que la symptomatologie s'était aggravée, notamment s'agissant des importantes douleurs articulaires matinales, de l'allongement et de l'augmentation des épisodes de névralgies d'Arnold, de l'abaissement du moral, des bouffées de chaleur et des troubles du sommeil. Elle a ajouté les limitations suivantes à celles résultant de son précédent rapport : troubles de l'humeur, difficulté à respecter les horaires en lien avec les douleurs et les troubles du sommeil. La capacité de travail était nulle, même dans une

activité adaptée. Le pronostic était favorable à long terme, une fois le traitement antihormonal et ses effets adverses terminés.

Au printemps 2021, l'assurée a subi une ovariectomie et une annexectomie, afin d'obtenir une ménopause, après l'échec de la provocation de celle-ci par différents traitements conservateurs.

Il résulte notamment ce qui suit du rapport de la permanence du SMR du 6 juillet 2021 :

« Assurée employée de commerce avec CFC et formation comme assistante en gestion de personnel, sans enfants, vivant avec son amie. Elle a occupé un poste à haute responsabilité chez B.\_\_\_\_\_ dans l'encadrement de nombreux apprentis dans plusieurs cantons.

Elle est connue de l'AI suite à une première demande pour un épisode dépressif suite à un burn-out en 2014, elle avait pu reprendre son travail à 100% avant la fin du délai de carence.

Découverte en novembre 2018 d'un cancer du sein G bifocal entraînant une incapacité de travail à partir du 10.01.2019, date de la mastectomie. Dans un premier temps l'assurée a relativement bien encaissé cette nouvelle atteinte et a su faire face à la chimio- et radiothérapie adjuvante. A partir de l'été 2019 elle a commencé à souffrir des effets secondaires de l'hormonothérapie, ce qui s'est répercuté négativement sur son moral.

Une tentative de reprise thérapeutique de son travail à 20% a été faite à partir de février 2020, mais à partir du 09.04.2020 elle est de nouveau en incapacité de travail totale suite à l'aggravation de la symptomatologie psychique et la persistance des effets secondaires du traitement oncologique. Elle a perdu son emploi chez B.\_\_\_\_\_.

A l'heure actuelle l'état de l'assurée ne s'est pas amélioré.

Une révision est à prévoir dans une année, on peut espérer une meilleure adaptation du traitement oncologique et une amélioration de l'état psychique. »

Par décisions des 28 septembre 2021 et 1<sup>er</sup> novembre 2021, confirmant un projet du 12 août précédant, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> février 2020.

**C.** Le 22 juillet 2022, l'OAI a initié une procédure de révision du droit à cette prestation.

En septembre 2022, les médecins du CHUV ont diagnostiqué une tumeur à cellules géantes des gaines synoviales, au niveau du genou droit. L'assurée était toutefois asymptomatique. Un suivi annuel a été mis en place.

La Dre C.\_\_\_\_\_ a renseigné l'OAI sur l'état de santé de sa patiente par rapport du 6 octobre 2022. La capacité de travail demeurait nulle, même dans une activité adaptée. Les symptômes s'étaient aggravés. L'assurée souffrait d'importantes douleurs articulaires au réveil, les névralgies d'Arnold avaient augmenté et s'étaient allongées, le moral était abaissé, les bouffées de chaleur persistaient, de même que les troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : une fatigabilité accrue, des difficultés d'organisation et de concentration, des douleurs articulaires empêchant le maintien prolongé des positions assise et debout, des troubles de la concentration, des troubles de l'humeur, ainsi que de la difficulté à respecter les horaires, en lien avec les douleurs et les troubles du sommeil. Le traitement comprenait la médication suivante : du Zoloft 75mg le matin, du Létrozole 2,5 mg 1x/jour, de la Cimifemine forte 13mg 1x/jour, du Calcimagon-D3 500/800 Ui 1x/jour, ainsi que du Dafalgan 1g, du Ponstan 500mg et du Temesta 1g en réserve. Le pronostic était réservé en raison de l'importance des effets secondaires du traitement et de la longueur de celui-ci.

Par rapports des 1<sup>er</sup> décembre 2022 et 22 août 2023, la Dre M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a estimé que sa patiente était en incapacité totale de travailler dans quelque activité que ce soit, en raison des effets secondaires du traitement antihormonal. La symptomatologie était restée la même malgré plusieurs tentatives de changement de traitement (Létrozole, Arimidex, Tamoxifen, Exemestane). Cette médication entraînait des douleurs polyarticulaires, des bouffées de chaleurs, des troubles du sommeil, une labilité émotionnelle, des hémicrâniées sur névralgie d'Arnold, des troubles de la mémoire et de la concentration et une grande fatigabilité, nécessitant un dosage des efforts ainsi que des activités restreintes. Une thyroïde multinodulaire avec un suivi en endocrinologie était également mentionnée. Le suivi

psychothérapeutique se poursuivait. Le traitement médicamenteux était le suivant : Létrozole 2,5 mg 1x/jour, ensuite remplacé par de l'Exemestane, Calcimagon D3 500/500 1x/jour, Zoloft 50mg 1x/jour, Zometa 4mg/5ml à raison d'une injection tous les six mois au CHUV et du Temesta en réserve. La majorité des symptômes étant due au traitement antihormonal, une amélioration ne pouvait être attendue qu'à l'issue de celui-ci.

Par avis du 27 septembre 2023, le SMR a rappelé son rapport du 6 juillet 2021, duquel il résultait que la situation oncologique était stable, l'incapacité de travail de 100 % étant justifiée exclusivement par la recrudescence de l'atteinte psychiatrique, c'est-à-dire un trouble dépressif récurrent d'intensité variable sur fond de cancer du sein. Cette pathologie ne nécessitait plus de suivi par un psychiatre et aucune hospitalisation n'avait eu lieu. Le SMR a relevé que les limitations d'ordre psychiatrique et neuropsychologique, relayées par la médecin généraliste, étaient peu étayées et restaient subjectives, puisqu'elles reposaient sur les plaintes de l'assurée. Il s'étonnait du fait que l'intéressée, malgré ses angoisses, sa fatigue, ses douleurs polyarticulaires et son trouble de l'humeur, soit capable de promener son chien deux fois par jour, de faire de l'aviron, de se rendre chez des amis et d'accomplir des tâches ménagères. Ces activités ne semblaient pas compatibles avec une atteinte psychiatrique durablement incapacitante. L'évolution du cancer du sein semblait excellente, sans récurrence. L'ampleur et l'intensité des effets secondaires du traitement antihormonal étaient peu explicables d'un point de vue médical objectif. L'atteinte au genou gauche ne semblait pas incapacitante. Le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie, neurologie et médecine interne.

Par rapport du 6 novembre 2023, N.\_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute, a affirmé que l'état de santé de sa patiente n'avait pas évolué depuis son dernier rapport de 2021. La santé psychique de celle-ci était trop fluctuante pour qu'elle puisse tenir quelque engagement que ce soit, diverses tentatives de reprises d'une activité s'étant soldées par un échec. Le traitement hormonal semblait jouer un très grand rôle dans sa santé psychique, puisque durant les fenêtres thérapeutiques, elle s'était

montrée plus stable émotionnellement et mieux capable de gérer le stress et les imprévus. Elle présentait en outre moins de fatigue et de douleurs articulaires.

L'OAI a confié l'expertise recommandée par le SMR au P.\_\_\_\_ (ci-après : [...]). Dans leur rapport du 16 janvier 2024, les Drs I.\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, V.\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z.\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et T.\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ont retenu les diagnostics suivants : possibles sévices psychologiques et physiques infligés à l'expertisée à l'âge de 16 ans (Z61.6), trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), cancer related fatigue, fatigue centrale et périphérique légère, R52 et douleurs polyarticulaire dans le contexte d'un carcinome invasif bifocal mammaire gauche, migraines accompagnées, hémicrâniées gauches, gonalgies droites sur chondropathie et tumeur à cellules géantes, ostéoporose traitée, kyste arthro-synovial du poignet droit, majeur droit à ressaut, thyroïde multinodulaire en euthyroïdie, status après ovariectomie et annexectomie. L'expertisée ne présentait aucune organisation pathologique de la personnalité. Aucune pathologie sur les plans rhumatologique et neurologique ne motivaient une incapacité de travail durable. Sur le plan psychique, les experts ont estimé que la capacité de travail était entière dès le 7 juillet 2022. En lien avec la maladie oncologique, la capacité de travail était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, en raison de la fatigue nécessitant des pauses récurrentes, trois mois après la fin des traitements oncologiques, de chimiothérapie et de radiothérapie, c'est-à-dire dès le 11 septembre 2019. Les limitations fonctionnelles relatives au genou droit et à la fatigue étaient les suivantes : pas de position debout prolongée, pas de longs déplacements à pied ou de marche en terrain instable, pas de montée ni descente fréquentes d'escaliers, pas de positions accroupie ni à genoux, pas de tâches physiques comme le port répété de charges supérieures à 10 kg et pas de marche sur une distance supérieure à 1 km. L'activité habituelle était adaptée à ces limitations. A dire d'experts, une capacité de travail de 100 % pouvait être attendue à la fin du traitement antihormonal.

Par avis du 7 février 2024, le SMR a retenu, sur la base de l'expertise, une amélioration significative de l'état de santé global de l'assurée depuis son rapport du 6 juillet 2021, respectivement depuis la dernière décision de l'OAI. Il s'est rallié aux conclusions expertales sur les plans diagnostique, de l'évaluation de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles. Il en a conclu que la capacité de travail était demeurée nulle jusqu'à un an après son rapport du 6 juillet 2021, c'est-à-dire jusqu'au 6 juillet 2022, puis était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, dès le 7 juillet 2022. Une révision était proposée d'ici à deux ans, date prévue de la fin de l'hormonothérapie.

Le 10 avril 2024, l'assurée s'est rendue à un entretien avec une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. La conseillère de l'OAI a estimé que des mesures de réadaptation étaient contre-indiquées, avec un fort risque de péjorer l'état de santé sur le plan psychique. Il s'agissait pour elle d'amener, avec ses médecins, de nouveaux éléments médicaux en faveur du maintien de la rente.

Par rapport du 1<sup>er</sup> mai 2024, la Dre M.\_\_\_\_\_ a rappelé la symptomatologie causée par le traitement antihormonal. Elle a estimé qu'une reprise de travail lui semblait impossible avant la fin dudit traitement.

Dans un rapport versé au dossier de l'OAI le 7 mai 2024, la Dre C.\_\_\_\_\_ a expliqué que l'expertise avait eu lieu à un moment où la médication antihormonale, l'Exemestane, avait été fortement diminuée. L'assurée ne prenait alors que 25mg 1fois tous les trois jours, en raison des effets secondaires devenus insupportables au quotidien. Ce traitement étant cependant indispensable, une tentative de retour au dosage approprié avait débuté en mars 2024, avec une prise de 25mg 1 fois tous les deux jours. Ce changement avait provoqué une intensification des effets secondaires, notamment des douleurs articulaires de grade 2, des maux de tête/névralgies de grade 2, des bouffées de chaleur et des troubles du sommeil, dont l'impact était à nouveau important sur la capacité de travail de l'assurée. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité accrue,

des troubles de la concentration, de la mémoire et de l'organisation, des difficultés à maintenir les horaires, une diminution de rendement et une hypersensibilité au stress. Le traitement était le suivant : Exemestane 25mg 1x/tous les deux jours, devant être augmenté dès que possible pour atteindre le dosage normal, Sertraline 100mg 1x/jour, Zometa 1 perfusion tous les 6 mois, Calcimagon D3 500/800 1x/jour, ainsi que Temesta 1mg, Dafalgan 1g et Ponstan 500mg en réserve. L'augmentation du traitement hormonal avait réduit la capacité de travail de sa patiente à 0 %. La Dre C.\_\_\_\_\_ a souligné que celle-ci présentait de lourds symptômes en raison du traitement antihormonal en cours. Depuis 2022, la situation avait nécessité de multiples pauses et changements de traitement, ainsi que l'adaptation des doses, afin de trouver un équilibre entre la poursuite de la médication et la qualité de vie.

Répondant à un questionnaire de l'OAI le 14 mai 2024, la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a estimé qu'il était précipité de mettre en place une mesure professionnelle, qui risquait de péjorer un état de santé encore très fragile. Contrairement à ce qui figurait dans l'expertise mise en œuvre, sa patiente n'avait pas arrêté les consultations psychiatriques en raison d'un mieux-être. Elle était auparavant suivie par une psychologue psychothérapeute depuis de nombreuses années, sur délégation du Dr G.\_\_\_\_\_. A la suite du changement de statut des psychologues (passage du modèle de la délégation à celui de la prescription), elle avait logiquement continué son suivi auprès de sa thérapeute habituelle. Elle avait ensuite obtenu une consultation en psychiatrie, la Dre S.\_\_\_\_\_ ayant pu la recevoir pour la première fois en novembre 2023. Sur le plan psychiatrique, cette médecin a noté des symptômes dépressifs, avec une confiance en soi diminuée, des troubles du sommeil, des ruminations et des réveils fréquents, un sentiment de culpabilité, une exigence envers elle-même avec des moments de découragement, de perte d'espoir et d'angoisses face à l'avenir, de la fatigue et de la fatigabilité. Des troubles de la concentration et de la mémoire étaient également relatés. Les indications de sa patiente se recoupaient avec la symptomatologie décrite par ses soins. La Dre S.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), un

diagnostic différentiel de trouble panique (F41.0) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Les limitations étaient une hypersensibilité au stress, une grande fluctuation de l'état psychique, une fatigue et une fatigabilité, une perte de confiance en elle, des ruminations, une adaptation aux changements difficile, une diminution de la concentration et de la mémoire, une labilité émotionnelle et une émotivité dans les interactions sociales, une diminution de l'endurance, des troubles du sommeil impliquant des difficultés dans la gestion diurne/nocturne et une impossibilité d'être régulière. Le traitement consistait en de la Sertraline 100mg 1x/jour et du Temesta en réserve. La Dre S.\_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente était en incapacité totale de travail de manière durable et qu'une réévaluation pourrait être effectuée une fois le traitement antihormonal terminé, c'est-à-dire à fin 2026.

A réception de ces nouveaux rapports médicaux, l'OAI a sollicité l'avis de son service médical. Par rapport du 7 octobre 2024, le SMR a relevé que tous les experts du P.\_\_\_\_\_ avaient constaté ce qui suit : l'assurée était autonome dans la actes de la vie quotidienne. Malgré la fatigue et les différentes plaintes, entre autres neurocognitives, elle cuisinait, faisait quelques tâches ménagères, participait à un programme d'aviron, s'occupait de ses plantes et avait voyagé dix jours en voiture au X\*\*\* en septembre 2023. Elle conduisait sans difficultés jusqu'à une heure, utilisait les transports publics, faisait les courses et des tâches administratives sans difficultés, promenait son chien 3 fois par jour, pratiquait la lecture sans difficulté, utilisait son ordinateur, écoutait de la musique, regardait la télé, faisait des puzzles, rencontrait des amis et marchait dans la nature. Le SMR a aussi souligné que les limitations d'ordre psychiatrique et neurologique rapportées étaient subjectives, car elles reposaient exclusivement sur les plaintes de l'assurée et avaient largement été discutées par les experts. Aucune aggravation significative et durable de l'état psychiatrique ne pouvait être retenue. Il en allait de même sur les plans neurologique, rhumatologique, de la médecine interne ou oncologique, lesquels avaient été décrits et largement discutés dans l'expertise. Le SMR a réitéré que la capacité de travail était de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, dès le 7 juillet 2022, en respectant les limitations concernant le genou droit.

Par projet du 18 novembre 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il comptait supprimer son droit à la rente pour la fin du mois suivant la notification de sa décision.

L'assurée, représentée par son précédent conseil, a contesté ce projet par courrier du 6 janvier 2025. Elle a en substance reproché à l'OAI de s'être principalement concentré sur l'aspect psychiatrique de son état de santé, alors que l'affection principale dont elle souffrait était un cancer, traité par hormonothérapie. La médication prise engendrait de nombreux effets secondaires invalidants, lesquels étaient moindres à l'époque de la réalisation de l'expertise, le traitement ayant été momentanément interrompu en raison des effets secondaires. Elle a formulé plusieurs critiques à l'encontre de l'expertise du P.\_\_\_\_\_.

Par avis du 30 janvier 2025, le SMR a réitéré que les pièces médicales nouvellement produites n'apportaient aucun nouvel élément objectif, dans la mesure où les experts avaient correctement tenu compte de la médication prise à la période concernée.

Par décision du 28 avril 2025, l'OAI a confirmé la suppression de la rente pour la fin du mois suivant la notification de ladite décision.

**D.** Par acte du 2 juin 2025, A.\_\_\_\_\_, sous la plume de son précédent conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois, concluant, sous suite de frais et dépens, préliminairement à la restitution de l'effet suspensif, principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée sans interruption, subsidiairement à l'annulation de la décision, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle remet en cause la valeur probante de l'expertise du P.\_\_\_\_\_ sur plusieurs points. Sur le plan somatique, elle critique l'absence d'avis oncologique, réitère qu'elle avait arrêté temporairement son traitement à la période de l'expertise et rappelle que l'analyse de ses

médecins traitants diverge de celle des experts. Sur le plan psychique, elle insiste sur le fait qu'elle n'a, à aucun moment, arrêté son suivi psychothérapeutique. Elle s'étonne aussi que les experts se soient uniquement fondés sur l'avis du SMR pour fixer la date à laquelle elle aurait recouvré une capacité de travail. Elle a requis la mise en œuvre d'un complément d'expertise ou la mise en œuvre d'une expertise oncologique. Elle a également produit un rapport de la Dre C.\_\_\_\_\_ du 21 mai 2025, dans lequel cette médecin a rappelé les nombreuses adaptations thérapeutiques rendues nécessaires par les importants effets secondaires subis. A la date de son rapport, l'augmentation des prises d'Aromasine pour atteindre un dosage standard n'était toujours pas envisageable. Chez les personnes sous hormonothérapie, les douleurs articulaires étaient l'un des effets indésirables fréquent, connu et documenté dans la littérature médicale. Une partie au moins de l'asthénie exprimée pouvait aussi être liée au traitement. Il en allait de même des problèmes de concentration, qui trouvaient probablement leur origine dans le traitement administré en continu depuis 2019. La Dre C.\_\_\_\_\_ a confirmé l'absence totale de capacité de travail de sa patiente.

Par ordonnance du 7 juillet 2025, la juge instructrice a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif et dit que les frais et dépens suivaient le sort de la cause.

Par réponse du 14 juillet 2025, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que l'avis médical produit devant l'instance de céans ne remettait pas en cause les conclusions du P.\_\_\_\_\_ et de son service médical.

La recourante, représentée par Me Ana Rita Perez, a répliqué le 28 août 2025, réitérant ses critiques à l'égard de l'expertise. Elle a produit un lot de pièces sous bordereau, comprenant notamment un rapport de la Dre S.\_\_\_\_\_, du 12 août 2025. Cette médecin a affirmé que contrairement à ce qu'avait retenu le SMR, il n'y avait aucune amélioration sur le plan psychique, mais plutôt un *statu quo*, le tableau psychique étant resté le même.

L'intimé a dupliqué le 23 septembre 2025. Elle a produit un rapport du SMR du 16 septembre 2025.

La recourante s'est déterminée le 24 novembre 2025.

### **En droit :**

**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 la suppression de la rente d'invalidité dont la recourante bénéficiait depuis le 1<sup>er</sup> février 2020.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2022, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction

de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

En l'occurrence, la date supposée de l'amélioration de l'état de santé de la recourante a été arrêtée au 7 juillet 2022 par l'intimé, de sorte que le nouveau droit est applicable.

**4.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGa (dans sa teneur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022), la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGa. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGa. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait 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 – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un

point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; TF 8C\_782/2023 du 6 juin 2024 consid. 4.2.1).

**b)** 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 ; 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son

contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

**d)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGa, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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

**7. a)** En l'espèce, par décisions des 28 septembre et 1<sup>er</sup> novembre 2021, la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2020. L'intimé s'est fondé sur l'avis de son service médical, lequel avait confirmé l'appréciation des médecins traitants de l'intéressée, pour admettre une incapacité totale de travail dans quelque activité que ce soit, en raison d'un trouble dépressif récurrent d'intensité variable et des effets secondaires persistants de l'hormonothérapie.

Sur le plan oncologique, la Dre C.\_\_\_\_\_ avait indiqué l'existence de la symptomatologie suivante, en lien avec le traitement antihormonal : des arthralgies, augmentées au réveil et lors du maintien prolongé des positions assise et debout, des bouffées de chaleur, des névralgies d'Arnold se manifestant trois à quatre fois par mois, des troubles de l'adaptation, de l'asthénie, des troubles de la concentration et de la mémoire, des troubles du sommeil et une fatigabilité accrue.

Sur le plan psychique, le Dr G.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F33.0), épisode alors léger, une anxiété généralisée (F41.0), un trouble du sommeil non organique (F51.9) et un trouble du sommeil (G47.9). Une péjoration de la santé psychique était survenue lors de l'introduction de l'hormonothérapie, avec une grande émotivité et une sensibilité au stress, une importante labilité émotionnelle, une faible capacité d'adaptation aux changements et à la nouveauté, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire.

Dans son rapport du 6 juillet 2021, le SMR avait proposé une révision à une année, car il escomptait que le traitement antihormonal serait mieux toléré.

**b)** A l'issue de la procédure de révision initiée en 2022, l'OAI a décidé, le 28 avril 2025, que la rente d'invalidité allouée dès le 1<sup>er</sup> février 2020 devait être supprimée dès la fin du mois suivant la notification de sa décision. Il s'est essentiellement fondé sur l'expertise pluridisciplinaire du P.\_\_\_\_\_, validée par le SMR.

La recourante conteste la valeur probante de ce document.

**c) aa)** Aux termes de l'expertise du 16 janvier 2024, sur le plan somatique, la capacité de travail est de 100 % depuis le 11 septembre 2019, c'est-à-dire trois mois après la fin des traitements oncologiques, de chimio- et de radiothérapie, survenue le 11 juin 2019. Une baisse de rendement de 20 % a été admise en raison d'une fatigue légère liée à la maladie oncologique et au traitement antihormonal, nécessitant de fréquentes pauses (cf. expertise de médecine interne, pp. 24-25 ; évaluation consensuelle, p. 13). En raison de l'atteinte au genou droit, les limitations fonctionnelles suivantes devaient être respectées : pas de position debout prolongée, pas de longs déplacements à pied, pas de marche en terrain instable, pas de montée ou descente fréquente d'escaliers et pas de positions accroupie ou à genoux. La fatigue nécessitait de ne pas réaliser des tâches physiques comme le port répété de charges supérieures à 10 kg, la marche sur une longue distance (supérieure à 1 km) ou une position debout prolongée. En ce sens, l'activité habituelle était adaptée.

**bb)** D'emblée, l'expertise ordonnée par l'intimé surprend par l'absence de volet oncologique. Dans la mesure où une rente a été octroyée à la recourante notamment en raison des effets secondaires de son traitement antihormonal, on peine à comprendre l'absence d'avis d'un expert dans ce domaine.

Cela étant, les experts du P.\_\_\_\_\_ ont retenu que la recourante présentait les symptômes suivants : une fatigue persistante, des bouffées de chaleur et des douleurs polyarticulaires, notamment au niveau du rachis cervical et du segment lombaire. Les plaintes douloureuses relayées étaient en outre plausibles et cohérentes et il n'y avait pas de divergence significative entre les éléments versés au dossier, l'anamnèse et l'observation clinique. Ils ont reconnu que les traitements antihormonaux étaient connus pour entraîner de tels effets secondaires. Il était ainsi vraisemblable que la symptomatologie de l'intéressée soit en lien avec l'hormonothérapie. En ce qui concernait les phénomènes migraineux, il était également possible que la médication joue un rôle dans leur augmentation (cf. évaluation consensuelle, pp. 7-9 ; expertise rhumatologique, p. 25).

Les effets secondaires décrits par le P.\_\_\_\_\_ sont pour l'essentiel les mêmes que ceux mentionnés par les médecins traitants de la recourante en 2021, lesquels justifiaient alors une entière incapacité de travail dans quelque activité que ce soit : douleurs polyarticulaires, bouffées de chaleur, migraines et asthénie. Après avoir reconnu leur existence, les experts ont ensuite retenu, de manière contradictoire, une « fatigue légère », qui impactait la capacité de travail à raison de 20 % seulement, sans que l'on ne comprenne pour quels motifs (cf. évaluation consensuelle, p. 13). Ils n'ont en particulier fait état d'aucun élément médical objectif qui aurait rendu vraisemblable une modification des conséquences de ces effets secondaires sur la capacité de travail de l'intéressée.

Il sied en outre de rappeler qu'à la période à laquelle l'expertise a été réalisée, la posologie du traitement antihormonal avait été adaptée. Après une pause de plusieurs mois, la médication avait été reprise, mais à raison d'un comprimé tous les trois jours, en lieu et place d'un comprimé par jour usuellement prescrit. Or les experts n'ont, à aucun moment, discuté des effets de cet allègement médicamenteux temporaire sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail sur le long terme.

L'appréciation expertale est ainsi lacunaire, incohérente et insuffisamment motivée. Elle diverge par ailleurs de celle des médecins traitants de l'intéressée. Les Dres C.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ont, en effet, toutes deux estimé que la capacité de travail demeurerait nulle dans quelque activité que ce soit.

La Dre M.\_\_\_\_\_ a affirmé que la symptomatologie était restée la même, malgré plusieurs tentatives de changement et d'adaptation du traitement. La recourante souffre toujours de douleurs polyarticulaires, de bouffées de chaleur, de troubles du sommeil, de migraines, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une grande fatigabilité et présente une labilité émotionnelle (cf. rapports des 1<sup>er</sup> décembre 2022, 22 août 2023 et 1<sup>er</sup> mai 2024).

La Dre C.\_\_\_\_\_ a pour sa part décrit de manière détaillée l'évolution du traitement antihormonal débuté en juin 2019. Sa patiente était initialement au bénéfice d'une hormonothérapie adjuvante par inhibiteur de l'aromatase associée à un blocage ovarien. Depuis 2022, de multiples pauses, adaptations du dosage et changements de médication ont été nécessaires, afin de trouver un équilibre entre la poursuite du traitement et la qualité de vie, compte tenu de l'importance des effets secondaires. En 2023, une pause thérapeutique de quatre mois a été effectuée, en raison des effets secondaires devenus insupportables au quotidien. A l'issue de cette pause, un traitement par Exemestane 25mg a été réintroduit à une dose personnalisée, la posologie étant d'un comprimé tous les trois jours. C'est à ce moment-là qu'a eu lieu l'expertise du P.\_\_\_\_\_. Le dosage a été augmenté à un comprimé tous les deux jours en mars 2024. Le traitement provoquait toujours d'importants symptômes. En mai 2025, la dose standard de 25mg/1x par jour n'était toujours pas envisageable. Il n'existait donc aucune amélioration en lien avec le traitement hormonal, lequel causait toujours des douleurs articulaires empêchant le maintien sur la durée des positions assise et debout, une asthénie importante, des troubles thymiques, des difficultés d'organisation, des troubles de la concentration et de la mémoire, des angoisses, de l'anxiété et de la difficulté à gérer les situations stressantes et les imprévus. La Dre C.\_\_\_\_\_ a affirmé, littérature médicale à l'appui, que les douleurs articulaires, l'asthénie, les troubles thymiques et les troubles de la concentration étaient probablement en lien avec le traitement antihormonal (cf. rapports des 6 octobre 2022, 1<sup>er</sup> décembre 2022, 22 août 2023, 7 mai 2024 et 21 mai 2025).

Au vu des rapports des Dres M.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, il apparaît ainsi que l'état de santé physique de la recourante, ainsi que ses conséquences sur sa capacité de travail, sont demeurés les mêmes depuis la reddition de la précédente décision de l'intimé en 2021. Les experts du P.\_\_\_\_\_ ont en réalité uniquement procédé à une appréciation différente d'un même état de fait, sans étayer leur position, ce qui ne constitue pas un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

**cc)** Sur le plan psychique, l'expert V.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), à l'exclusion d'un trouble anxieux. La thymie avait par le passé été fluctuante, avec des épisodes dépressifs majeurs. La recourante était toutefois euthymique depuis de nombreux mois, en tout cas depuis l'été 2021. Ses plaintes subjectives n'étaient que très partiellement retrouvées à l'examen clinique. Lors de celui-ci, une humeur anxieuse d'intensité moyenne, une euthymie, l'absence de signe objectif de fatigue et l'absence de dette de sommeil avaient été observées. Les constatations cliniques divergeaient aussi avec les pièces au dossier. Il était également relevé que la recourante ne bénéficiait plus de suivi psychiatrique intensif depuis longtemps et que la situation psychiatrique semblait stable et peu symptomatique, en tout cas depuis l'été 2021. Le Dr V.\_\_\_\_\_ s'est référé au rapport du SMR du 6 juillet 2021 pour admettre qu'une capacité entière de travail avait été recouvrée sur le plan psychique depuis le 7 juillet 2022 (cf. expertise psychiatrique, pp. 25 à 27 ; évaluation consensuelle, pp. 11-12).

Contrairement aux constatations de l'expert V.\_\_\_\_\_, la recourante n'a, à aucun moment, interrompu son suivi psychiatrique. La Dre S.\_\_\_\_\_, qui l'a vue pour la première fois en novembre 2023, et auprès de qui les consultations se poursuivent, a expliqué les circonstances ayant entouré le changement de thérapeute à l'époque de l'expertise. Avant la période à laquelle l'expertise a été réalisée, l'intéressée bénéficiait d'un suivi auprès de N.\_\_\_\_\_, sur délégation du Dr G.\_\_\_\_\_. Le statut des psychologues avait ensuite changé, de sorte que les consultations auprès de N.\_\_\_\_\_ n'étaient plus supervisées par un médecin psychiatre. La recourante avait dans un premier temps poursuivi les séances auprès de sa thérapeute habituelle, et s'était ensuite tournée vers la Dre S.\_\_\_\_\_.

Quant aux observations cliniques sur le plan psychique, l'expert ne semble pas avoir tenu compte du fait que la posologie du traitement antihormonal, qui joue un rôle important sur la santé psychique de la recourante, était alors pris à un dosage adapté. Il n'a en tous les cas

aucunement discuté les effets de la diminution de la posologie sur la symptomatologie psychiatrique.

A cela s'ajoute que l'appréciation de l'expert V.\_\_\_\_\_ comporte des incohérences, ainsi que des contradictions avec d'autres éléments du dossier. Alors que selon lui, l'état psychique était stable depuis l'été 2021 en tout cas, il a pourtant retenu que la capacité de travail s'était modifiée durant l'été 2022, sans expliquer sa position autrement que par le renvoi à l'avis du SMR du 6 juillet 2021. Or le SMR avait proposé une révision à l'été 2022, sans qu'il ne s'agisse aucunement d'une date avérée d'un éventuel recouvrement de la capacité de travail. Le service médical de l'intimé avait uniquement proposé une réévaluation de la situation à une période donnée, afin de déterminer si le traitement antihormonal serait alors mieux toléré. Au demeurant, les décisions d'octroi de rente datent de septembre et novembre 2021, de sorte que, si l'état psychique est stable depuis l'été 2021, comme l'affirme l'expert, aucun changement dans la situation de la recourante n'est intervenu depuis lors. Ainsi, non seulement l'expert V.\_\_\_\_\_ a émis des conclusions qui sont contraires à ses propres constatations, mais l'évolution de l'état de santé psychique à la date retenue n'est de plus pas étayée médicalement.

Dans son appréciation, l'expert V.\_\_\_\_\_ n'a en outre, à aucun moment, discuté l'avis de N.\_\_\_\_\_, laquelle avait pourtant attesté, en septembre 2023, l'absence d'amélioration de l'état de santé de sa patiente.

Cette absence de changement de l'état de santé psychique a pour le surplus été confirmée par la Dre S.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 14 mai 2024 et 12 août 2025. Cette médecin a relevé la persistance de la symptomatologie dépressive, avec une confiance en soi diminuée, des troubles du sommeil, des ruminations et réveils fréquents, un sentiment de culpabilité, des moments de découragement, de perte d'espoir et d'angoisses face à l'avenir, une fatigue et une fatigabilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi qu'une labilité émotionnelle. Selon elle, il ne valait la peine de réévaluer la situation qu'une fois le traitement antihormonal terminé. En l'état, l'état de santé psychique demeurerait le

même qu'auparavant, avec d'importantes fluctuations. La Dre S.\_\_\_\_\_ a également contesté que l'anxiété se soit amendée. Elle a dûment étayé sa position par les exemples suivants : inquiétudes face à l'avenir, anticipation anxieuse de tout événement qui sort de l'ordinaire, notamment social, crainte de ne pas pouvoir honorer ses rendez-vous en raison, soit de la fatigue, soit de ses douleurs, moments de symptômes anxieux paroxystiques, avec tachycardies, tensions cervicales et gonflements abdominaux.

On ajoutera, à l'instar de la Dre S.\_\_\_\_\_, que l'argument avancé par le SMR, en lien avec l'absence d'hospitalisation psychiatrique, pour admettre une amélioration sur le plan psychique, n'est pas pertinent. En effet, l'intéressée n'avait pas non plus été hospitalisée lorsqu'elle s'est vu reconnaître une incapacité de travail totale dans quelque activité que ce soit en 2021.

Le SMR a encore avancé un argument en lien avec la façon dont la recourante occupait son temps libre pour étayer l'absence d'atteinte psychique incapacitante. Selon lui, les activités suivantes seraient incompatibles avec l'admission d'une telle atteinte : cuisiner, effectuer des tâches ménagères et du rangement, participer à un programme d'aviron, s'occuper de plantes, voyager en voiture durant dix jours, conduire sans difficultés, utiliser les transports publics, sortir le chien trois fois par jour, marcher dans la nature, lire et utiliser un ordinateur, s'occuper des tâches administratives, rencontrer des amis, faire des puzzles et regarder la télé. Il sied en premier lieu de relever l'absence de description d'une journée type en 2021, de sorte qu'aucune comparaison n'a pu être faite avec la journée type qui prévalait en 2024, lorsque l'expertise a été réalisée. Il apparaît en outre que les activités décrites par le SMR, sur la base de l'expertise, sont en réalité moins intenses et moins nombreuses. A titre d'exemple, on mentionnera notamment l'aviron. Certes, la recourante a pratiqué ce sport, mais il s'agissait d'un programme spécifique de réhabilitation physique post-cancer du sein. Elle avait en outre adapté la fréquence à sa situation, n'étant capable de s'y rendre qu'une fois par mois. Le voyage en voiture pendant dix jours aux X\*\*\* mentionné a été réalisé en septembre 2023,

c'est-à-dire lorsque le dosage du traitement antihormonal avait été fortement diminué. Les promenades du chien se limitaient à une sortie d'une vingtaine de minutes, sans qu'il ne s'agisse d'une marche à proprement parler. L'utilisation de l'ordinateur est très ponctuelle (une heure par semaine). Elle prépare un peu son repas de midi, mais ne se fait pas vraiment à manger lorsque sa compagne n'est pas là. Le soir la cuisine se fait à deux. Les activités ménagères sont fractionnées, à raison de 45 minutes par jour au maximum et les efforts doivent être répartis. La recourante a mentionné la nécessité de faire une sieste tous les jours. En ce qui concerne les sorties en nature, elle a plutôt décrit des moments passés en forêt auprès d'un arbre, plutôt que des marches. La conduite automobile n'est pas possible au-delà d'1h30 (cf. expertise psychiatrique, pp. 20-21 ; expertise rhumatologique, pp. 19-20 ; expertise neurologique, pp. 19 et 20 ; expertise de médecine interne, pp. 18 et 19). Il apparaît ainsi, contrairement à ce qu'a retenu le SMR, que la recourante a bel et bien dû adapter ses activités quotidiennes à son état de santé.

Contrairement à ce qu'ont retenu les experts du P.\_\_\_\_\_, on ne saurait dès lors admettre que l'état psychique de la recourante se serait amélioré depuis la reddition de la décision de l'intimé de 2021.

**d)** Au vu de l'ensemble des éléments exposés ci-dessus, il y a lieu de constater qu'aucune amélioration de l'état de santé de la recourante, respectivement des répercussions sur sa capacité de travail, n'est rendue vraisemblable depuis la dernière décision de l'intimé. Il n'y avait dès lors pas lieu de supprimer la rente allouée par l'intimé en 2021, de sorte que la décision entreprise doit être annulée.

**8.** Les pièces au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause, sans que la réalisation d'un complément d'expertise, ni d'une expertise oncologique, tel que requise par la recourante, n'apparaisse nécessaire. Il se justifie dès lors de renoncer à de telles mesures d'instruction par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Il appartiendra à l'OAI d'initier une nouvelle procédure de révision lorsqu'il l'estimera opportune.

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

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGa). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 avril 2025 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III.** Les frais judiciaires, fixée 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 à la recourante un montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Ana Rita Perez (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :