

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juillet 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bidiville et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, au Mont-sur-Lausanne, recourante, représentée par Me Christian Dénériaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1976, ressortissante du Kosovo en Suisse depuis 1998, mariée et mère d'une fille, employée en tant que manœuvre/ouvrière non qualifiée par l'entreprise J._____ SA au [...] jusqu'au 31 mars 2009, a été en incapacité de travail dès le 27 juillet 2003 en raison d'un cancer du sein diagnostiqué le 25 juin 2003.

Le 24 février 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'octroi de moyens auxiliaires (la fourniture d'une perruque durant son traitement débuté en juillet 2003) qui lui ont été refusés par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Par jugement du 10 juin 2005 (TASS 10 juin 2005/83), il a été mis un terme à cette affaire, la position de l'OAI ayant été confirmée.

B. L'assurée a subi une hospitalisation du 11 au 22 juin 2007 dans le Service de chirurgie thoracique et vasculaire du [...], puis à l'Hôpital de [...], à cause d'une récurrence tumorale.

C. Le 9 juin 2008, l'assurée a présenté une demande de prestations AI sous forme de rente. Elle indiquait alors se trouver en incapacité de travail totale dès le 27 mai 2007 en raison de son cancer du sein sous traitement depuis juillet 2003 avec apparition d'une métastase.

Il ressort d'un rapport d'évaluation du 1^{er} juillet 2008 établi par la Division administrative de l'OAI que l'assurée avait subi une intervention chirurgicale en date du 15 juin 2007 sous la forme d'une ablation d'une partie du sternum et d'une côte en raison de la présence d'une métastase.

Dans un rapport médical du 6 octobre 2008, le Dr I._____, médecin assistant auprès du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...], a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif du sein gauche et de récurrence tumorale. Ce médecin a fait

état de symptômes sous la forme de fatigue ainsi que de bouffées de chaleur importantes. Précisant que sa patiente se trouvait en incapacité de travail à 100% depuis mai 2007, l'activité précédemment exercée n'étant plus exigible, ce médecin a réservé son pronostic à long terme.

Le 15 décembre 2008, le Dr I. _____ a complété son rapport médical du 6 octobre 2008 – sur requête de l'OAI qui lui demandait de préciser si l'assurée était capable de travailler dans une activité adaptée –, en relevant notamment ce qui suit en lien avec les limitations fonctionnelles ainsi que la capacité de travail résiduelle exigible de l'assurée dans une activité adaptée, après avoir rappelé que cette dernière avait des douleurs très importantes au niveau de la région mammaire et sternale, qui augmentent notablement lors d'efforts avec ses membres supérieurs:

"[...]

De ce fait, Madame A. _____ n'est pas capable d'effectuer des travaux physiques lourds (> 2 Kg ni mouvements répétitifs) avec ses 2 membres supérieurs. Et ceci à un taux de 100%. Evidemment si Madame A. _____ pouvait bénéficier d'une activité adaptée, elle pourrait le cas échéant assurer un taux de travail que j'estime à environ 50%. Compte tenu des douleurs persistantes à plus de 1 an après la sternectomie, il est peu probable qu'on puisse assister à une amélioration de ses limitations fonctionnelles dans les prochaines années."

Dans un rapport médical SMR du 29 janvier 2009, le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a fait siennes les conclusions du Dr I. _____ quant à l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité légère adaptée en relevant que le pronostic oncologique était défavorable à moyen terme.

Par communication du 19 février 2009, l'OAI a accordé une aide au placement, laquelle a pris fin le 28 septembre 2009.

D. Le même jour, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis dans le sens de l'octroi d'une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} juin au 31 décembre 2008, puis de l'octroi d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 52% dès le 1^{er} janvier 2009. Des

constatations de l'administration, il résultait en substance qu'à l'échéance du délai de carence le 6 juin 2008, l'assurée présentait une incapacité de travail totale lui ouvrant le droit à une rente entière dès le 1^{er} juin 2008. Consécutivement à l'amélioration de son état de santé, dès le mois d'octobre 2008, l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de port de charges, pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontal), telle que, par exemple caissière de station-service. Dans cette dernière activité professionnelle exercée à mi-temps, un revenu avec invalidité annuel de 19'800 fr. était réalisable. Partant, après comparaison de ce revenu d'invalidé avec celui sans invalidité (41'409 fr. 69), il en résultait une perte de gain s'élevant à 21'609 fr. 69 entraînant un degré d'invalidité de 52.18% arrondi à 52%. Ainsi à compter du 1^{er} janvier 2009, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, l'assurée n'avait plus droit qu'à une rente basée sur un degré d'invalidité de 52%.

Le 4 juin 2009, l'assurée a fait part de ses objections sur le préavis d'acceptation de rente du 19 février 2009. En substance, elle a soutenu que l'amélioration de son état de santé retenu à compter du mois d'octobre 2008 visant à admettre une capacité de travail raisonnablement exigible de 50%, ne correspondait pas à la réalité dès lors que sa santé générale s'était détériorée depuis le début 2009. Ce point de vue se fondait sur un rapport du 26 mai 2009 adressé par les Drs K._____, cheffe de clinique et M._____, médecin assistant au Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...], dont on extrait ce qui suit:

" Depuis notre dernier rapport envoyé à l'AI le 15.12.08 que vous trouverez en annexe, l'état de santé de Mme A._____ ne s'est effectivement pas amélioré. Suite aux interventions chirurgicales de 2004 et 2007, la patiente décrit d'importantes douleurs persistantes au niveau de la région mammaire et sternale, douleurs qui augmentent notablement lors d'efforts avec ses membres supérieurs. En outre, depuis le début de l'année 2009, Mme A._____ se plaint d'une asthénie constante, voire en aggravation. Elle signale depuis quelques semaines des douleurs intermittentes, au niveau du bas du dos, des membres inférieurs et des doigts. Une surcharge psychique se surajoute à tous ces problèmes physiques, n'améliorant pas la situation. Au vu de l'absence d'amélioration de l'état général de la patiente objectivée lors de notre dernier contrôle

(consultation ambulatoire d'oncologie du 25.05.09), nous avons décidé de réaliser de nouveaux examens complémentaires, notamment une scintigraphie osseuse (agendée au mois de juin) afin de rechercher une éventuelle progression de la maladie tumorale. Par ailleurs, nous avons recommandé à la patiente de consulter un psychiatre, mais Madame A. _____ n'a pas encore pu convenir d'un rendez-vous.

Compte tenu des éléments précités, nous ne pouvons momentanément que réserver notre décision quant à la capacité de travail actuelle de Mme A. _____, et ce en attendant les résultats des investigations en cours et du bilan psychiatrique. [...]"

L'assurée a estimé, dans un écriture du 4 juin 2009, qu'il était alors trop tôt pour pouvoir déterminer sa capacité de travail résiduelle, respectivement retenir qu'une amélioration de santé était réellement intervenue depuis la fin de l'année 2008. Elle a par ailleurs souligné que les conclusions ressortant du complément établi le 15 décembre 2008 par son médecin traitant (le Dr I. _____), l'avaient été sur sa demande expresse, l'assurée souhaitant alors pouvoir conserver une activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 22 juillet 2009 consécutif à un examen clinique pratiqué le 7 juillet 2009, le Dr M. _____ a décrit la présence de plusieurs symptômes à savoir, une fatigue importante, des douleurs postopératoires au niveau sternal, des bouffées de chaleur importantes ainsi que des lombalgies basses invalidantes. Quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, ce médecin a relevé que depuis l'intervention chirurgicale pratiquée en juin 2007, la reprise d'un travail impliquant des travaux manuels lourds était totalement contre-indiquée. Les investigations menées (scintigraphie osseuse du 10 juin 2009) n'ont pas mis en évidence de lésion suspecte (métastases), mais une possible ostéomalacie.

Le 11 août 2009, l'assurée a requis de l'OAI qu'il corrige son préavis du 19 février 2009 en ce sens qu'une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% lui soit allouée à partir du 1^{er} juin 2008 sans limitation. Se référant au rapport médical du 22 juillet 2009 du Dr M. _____, elle a considéré qu'aucune reprise d'activité professionnelle n'était exigible de sa part.

Dans un avis médical SMR du 18 septembre 2009, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne, a résumé ainsi la situation:

"Le Dr M._____ oncologue estime dans son [rapport] du 22 juillet 2009 que l'exigibilité est nulle dans des postes de travaux lourds du monde de l'économie. Il ne contredit pas le rapport d'examen SMR du 29 janvier 2009. Dans un courrier daté du 26 mai 2006 [recte: 2009] le Dr M._____ confirmait que l'absence de progression de la maladie au niveau osseux serait un argument en faveur d'une reprise d'activité.

Les conclusions du rapport d'examen SMR reposant sur le courrier du Dr I._____ reconnaissant une exigibilité de 50% dans une activité adaptée sont maintenues.

L'exigibilité comme ouvrière en parquetterie est de 0% depuis juin 2007. L'exigibilité est de 50% dans une activité adaptée depuis octobre 2008."

Par courrier du 16 novembre 2009 adressé au conseil de l'assurée, l'OAI a communiqué que sa contestation n'ayant apporté aucun élément susceptible de modifier sa position, son préavis du 19 février 2009 était entièrement confirmé.

Par décision formelle du 10 février 2010, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière du 1^{er} juin au 31 décembre 2008, puis une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 52% dès le 1^{er} janvier 2009.

E. Par acte du 17 mars 2010, A._____ recourt contre la décision rendue le 10 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Elle conclut principalement à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée et subsidiairement, à l'annulation de la décision litigieuse, et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise neutre devant être mise en œuvre, puis nouvelle décision.

Dans sa réponse du 4 juin 2010, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans ses déterminations du 27 septembre 2010, la recourante déclare maintenir les conclusions de son recours.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) - par A. _____ contre la décision de l'OAI du 10 février 2010.

2. La décision attaquée en l'espèce octroie notamment une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 52% dès le 1^{er} janvier 2009. Le recours tend principalement à l'annulation de cette décision de l'OAI en ce sens qu'une rente d'invalidité entière soit octroyée à la recourante sans limitation à compter du 1^{er} juin 2008.

La recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'à compter du mois d'octobre 2008, son état de santé s'était amélioré. A l'en croire, l'office intimé aurait interprété le rapport médical du 22 juillet 2009 du Dr M. _____ de manière erronée dans la mesure où ce document établirait pourtant clairement une incapacité de travail maintenue à 100% sans que l'on puisse s'attendre à une reprise d'activité professionnelle et partant à une amélioration de la capacité de travail. Au surplus, la correspondance du 15 décembre 2008 du Dr I. _____ sur laquelle reposent les conclusions de l'avis SMR du 29 janvier 2009 ne refléterait pas la réalité. Les déclarations du Dr I. _____ l'auraient été uniquement en réponse au désir exprimé en son temps par la recourante de pouvoir conserver une activité professionnelle rémunérée. En outre l'emploi des termes "le cas échéant" pour le principe d'une reprise d'activité et "environ" quant au taux de 50% ne permettraient pas de considérer que la correspondance du 15 décembre 2008 du Dr I. _____ puisse comporter une appréciation fondée sur la capacité de travail. La recourante souligne pour terminer que la dégradation de son état de santé au début 2009 n'aurait aucunement été prise en compte par l'intimé au vu du seul rapport d'examen SMR datant du 29 janvier 2009, de sorte que la réalisation d'une expertise médicale neutre (avec bilan psychiatrique) s'avérerait nécessaire.

L'OAI estime pour sa part que l'avis exprimé par le Dr I. _____ dans sa correspondance du 15 décembre 2008 quant à l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée est clair et que cette évaluation peut être suivie au vu de l'ensemble du dossier, un complément d'instruction n'apparaissant pas indispensable.

a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement

tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

c) En principe, l'adaptation des prestations d'assurance sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît cependant une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et les références; TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid. 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]); en matière d'allocation rétroactive d'une rente d'invalidité échelonnée et/ou temporaire, la date de la modification du droit (augmentation, diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (VSI 6/2001 p. 274 consid. 1a et les références). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

d) En l'espèce, la recourante conteste uniquement l'évaluation de son incapacité de travail postérieure au mois d'octobre 2008 et la conséquence sur l'évaluation du taux d'invalidité.

aa) Le dossier transmis comporte plusieurs rapports ou documents médicaux. En premier lieu on relève que l'ensemble des médecins consultés admettent qu'à compter du mois de juin 2007 (une

intervention chirurgicale ayant eu lieu en juin 2007 en relation avec le traitement du cancer) jusqu'en octobre 2008 (cf. notamment le rapport médical du 6 octobre 2008 du Dr I._____), une incapacité de travail totale de l'assurée doit être reconnue dans n'importe quelle activité.

En complément à son rapport médical du 6 octobre 2008, dans une correspondance du 15 décembre 2008, le Dr I.____ du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...] se prononce sur la capacité de travail résiduelle et retient que si l'assurée n'est alors plus apte à exercer des travaux physiques lourds avec ses deux membres supérieurs, elle serait toutefois en mesure de travailler à mi-temps dans une activité adaptée. Ce médecin note également qu'il est peu probable qu'une amélioration des limitations fonctionnelles survienne dans les prochaines années. Cet avis est pleinement partagé par le Dr D.____ du SMR dans un rapport médical du 29 janvier 2009.

Dans un courrier du 26 mai 2009, les Drs K.____ et M.____ oncologues au [...] sont d'avis que depuis leur dernier contrôle le 25 mai 2009, l'état général de la recourante ne s'est pas amélioré, en évoquant la crainte d'une éventuelle progression de la maladie tumorale. Ces médecins soulignent que depuis le début de l'année 2009, l'assurée se plaint d'une asthénie constante voire en aggravation, de douleurs intermittentes (bas du dos, membres inférieurs et doigts), avec une "surcharge psychique".

Le 22 juillet 2009, le Dr M.____ évalue la capacité de travail de la recourante comme nulle depuis juin 2007 en précisant uniquement que la reprise d'un travail impliquant des travaux manuels lourds n'est pas indiquée. Il décrit plusieurs symptômes à savoir, une fatigue importante, des douleurs postopératoires au niveau sternal, des bouffées de chaleur importantes ainsi que des lombalgies basses invalidantes. Suite aux investigations menées (scintigraphie osseuse) il n'a pas été mis en évidence de lésion suspecte (métastases), mais une ostéomalacie est possible.

Dans un avis SMR du 18 septembre 2009, le Dr N. _____ considère qu'au vu des nouveaux éléments médicaux au dossier, l'appréciation et les conclusions du rapport SMR du 29 janvier 2009 basées sur la correspondance médicale du 15 décembre 2008 du Dr I. _____ doivent être maintenues, de sorte qu'il doit être admis que l'exigibilité de la part de la recourante est nulle depuis juin 2007 dans la profession d'ouvrière en parqueterie alors qu'une exigibilité de 50% existe dans une activité adaptée à compter d'octobre 2008.

bb) A l'aune de ce qui précède il ressort que le SMR, suivi en ce sens par la décision attaquée, attribue valeur probante à la correspondance médicale du 15 décembre 2008 du Dr I. _____ s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail résiduelle de la recourante. Cette dernière serait nulle dans l'exécution de travaux physiques lourds (tel le métier d'ouvrier en parqueterie) et de 50% dans une activité adaptée. Dans son avis du 19 septembre 2009, le SMR indique que les nouveaux éléments médicaux au dossier (en particulier l'appréciation du 22 juillet 2009 du Dr M. _____) concordent pour admettre une exigibilité de 50% de la part de la recourante dans une activité adaptée à compter d'octobre 2008. L'intimé s'est ainsi exclusivement basé sur l'avis des médecins assistants du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...] ainsi que sur les avis du SMR. Dans le cas particulier, il faut toutefois constater que les éléments médicaux ressortant du dossier sont insuffisants pour permettre à la Cour de céans de statuer avec certitude sur l'état de santé de la recourante à compter d'octobre 2008.

Le complément du 15 décembre 2008 fourni par le Dr I. _____ mentionne en particulier que si la recourante "pourrait le cas échéant assurer un taux de travail [estimé] à environ 50%". L'usage d'une telle formule ne signifie pas encore que la recourante bénéficie effectivement d'une telle capacité de travail. L'interprétation qui en a été faite par le SMR apparaît quelque peu biaisée si l'on considère qu'à l'occasion de son complément, le Dr I. _____ a fait mention de douleurs en région mammaire et sternale augmentant notablement lors d'efforts avec les membres supérieurs (éléments par

ailleurs mis en évidence dans le rapport du 26 mai 2009 des Drs K. _____ et M. _____).

Le rapport du 22 juillet 2009 du Dr M. _____ rapporte l'existence de différents symptômes affectant la recourante (fatigue importante, douleurs postopératoires au niveau sternal, bouffées de chaleur importantes et des lombalgies basses invalidantes). Suite aux investigations menées, une possible ostéomalacie a été mise en évidence. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, le Dr M. _____ s'est limité à s'exprimer sur la capacité résiduelle dans une activité non adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante (à savoir pas de travaux lourds de plus de 2 kg ni mouvements répétitifs) en mentionnant à ce propos qu'un travail impliquant des travaux manuels lourds est contre-indiqué. Partant, en se limitant à relever qu'il est totalement exclu pour la recourante de reprendre un travail comportant des travaux manuels lourds (à l'instar de sa précédente activité auprès de l'entreprise J. _____ SA), le rapport médical du 22 juillet 2009 n'est d'aucune utilité pour se déterminer sur la possible reprise d'une activité adaptée légère à mi-temps (dans un poste de caissière de station service par exemple).

A l'aune de ce qui précède, aucune des pièces médicales au dossier n'emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2b supra) ni ne permet à la Cour de céans de se forger un avis tranché s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée. On observe au demeurant que dans leur rapport du 26 mai 2009, les Drs K. _____ et M. _____ ont mentionné le cumul d'une "surcharge psychique" aux problèmes physiques affectant la recourante. L'existence d'une surcharge d'ordre psychique est tout à fait compréhensible dans le cas particulier compte tenu du long traitement douloureux et difficile ayant dû être entrepris suite au cancer du sein diagnostiqué en juin 2003 ainsi que du jeune âge de la recourante. Les pièces au dossier ne renseignent en aucun cas sur l'intensité de ces atteintes et sur leur éventuelle prise en charge par des spécialistes. Ainsi à défaut d'éléments médicaux suffisants, il n'est pas possible de se

déterminer quant à l'existence éventuelle d'une maladie psychiatrique invalidante.

cc) Compte tenu de ce qui précède, la cause est insuffisamment instruite pour statuer, en l'état, sur le droit aux prestations litigieuses. Il n'y a pas lieu à ce stade, d'ordonner d'expertise judiciaire. Il appartiendra ainsi à l'intimé de mettre en œuvre un complément d'instruction avec le concours des médecins du SMR. La cause lui sera renvoyée à cet effet. L'intimé prendra d'abord soin d'interroger à nouveau les médecins du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du [...] sur l'évolution de la capacité de travail de la recourante à compter de mars 2007 dans une activité adaptée, en obtenant à cet effet l'avis d'un médecin cadre. En second lieu, il interrogera ces médecins sur l'existence d'une atteinte psychologique, respectivement si une telle atteinte a fait l'objet d'une prise en charge spécialisée et dans l'affirmative par quels médecins ou spécialistes. Pour terminer, il s'agira de savoir si l'ostéomalacie suspectée s'est finalement confirmée et si oui, quels ont été les effets de son traitement sur la capacité résiduelle de travail de la recourante. Le cas échéant, suivant les réponses obtenues, l'Office AI examinera alors la nécessité d'une expertise indépendante (au sens de l'art. 44 LPGA), éventuellement pluridisciplinaire, afin de déterminer la capacité de travail dès octobre 2008, pour déterminer si le droit à une rente entière, ou à une rente supérieure à une demi-rente, peut être reconnu.

3. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de

tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt est par conséquent rendu sans frais.

Vu l'issue du litige, la recourante ayant engagé des frais pour la défense de ses intérêts, elle a droit à une indemnité à titre de dépens arrêtée à 1'500 francs (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD).

**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 10 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 1'500 fr., à payer à la recourante A. _____
à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Dénériaz (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :