

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mme Thalmann et M. Métral, juges

Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 82 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), citoyenne érythréenne née en 1972 et installée en Suisse depuis 2004, sans formation professionnelle, a travaillé à 80 % auprès de l'Etablissement médico-social C._____ du 1^{er} août 2006 au 30 septembre 2009, puis en tant qu'auxiliaire de ménage à 60 % auprès de la Fondation D._____ depuis le 1^{er} octobre 2009. Célibataire, elle est mère d'un fils né en 2004.

Le 1^{er} mai 2012, l'assurée s'est vu diagnostiquer un cancer du sein droit. Elle a été traitée par chimiothérapie néoadjuvante (par trois cycles de FEC et trois cycles de Taxotère) associée à de l'Herceptin du 1^{er} juin au 14 août 2012. Elle a subi une mastectomie droite ainsi qu'un curage axillaire droit le 10 octobre 2012 et une radiothérapie du 12 novembre au 21 décembre 2012. Elle a également suivi une immunothérapie par Herceptin pendant environ un an ainsi qu'une hormonothérapie par Taxomifène depuis le 1^{er} novembre 2012. Une recherche génétique BRCA1 et BRCA2 s'est avérée négative. L'intéressée s'est trouvée en incapacité de travail à 100 % du 1^{er} mai 2012 au 31 août 2013, à 80 % du 1^{er} septembre au 21 octobre 2013 puis à 100 % dès le 22 octobre 2013 et en tout cas jusqu'au 30 avril 2014, date à laquelle son contrat de travail avec la Fondation D._____ a pris fin.

Le 21 janvier 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Selon un questionnaire rempli par l'employeur le 6 février 2013, le salaire brut de l'intéressée pour un emploi à 60 % s'élevait à 2'556 fr. 40 par mois payable treize fois l'an depuis le 1^{er} janvier 2012. Dans un formulaire 531bis complété le 8 février 2013, l'assurée par ailleurs a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé à un taux de 60 %.

Dans un rapport médical du 6 mars 2013, la Dresse A._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F._____), a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif du sein droit (QS et QI internes), grade 2, ER 100 %, PR 100 %, HER-2 positif, MIB-1 22 %, classé cT3 cN1 cM0, stade IIIA diagnostiqué le 1^{er} mai 2012. Le pronostic était globalement bon avec toutefois un certain risque de récurrence vu le status HER-2 positif. La Dresse A._____ a relevé que l'état général de la patiente était conservé mais qu'elle se plaignait toujours d'asthénie résiduelle, l'index de performance ECOG étant à 1. L'assurée décrivait également la persistance de bouffées de chaleur cinq fois par jour et des douleurs hémithoraciques postopératoires droites, d'origines vraisemblablement pariétales persistantes. Le médecin a ajouté que la patiente avait bénéficié d'une consultation orthopédique ayant permis de poser le diagnostic de douleurs articulaires dans le cadre d'une surcharge de stabilisateur scapulaire, ce qui était vraisemblablement secondaire à l'intervention chirurgicale. La Dresse A._____ a également relevé que, parallèlement, la mobilité du membre supérieur droit n'était pas encore à 100 % et que, dans ce cadre-là et en raison de l'asthénie, la patiente n'était pas en condition de recommencer un travail.

Dans un rapport médical du 20 mars 2013, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome du sein droit T2 N1 M0 depuis mai 2012. Il a indiqué que la patiente semblait signaler une fatigue majeure, mentionnée possiblement secondaire à la chimiothérapie, la radiothérapie et un état dépressif réactionnel, précisant qu'un certain temps serait nécessaire pour y voir plus clair. Le Dr G._____ a ajouté que le pronostic était réservé et qu'il ne pouvait pas se prononcer sur une éventuelle incapacité de travail. S'agissant de l'activité exercée et des mesures de réadaptation professionnelle possibles, il a relevé qu'une réponse lui paraissait alors difficile et a émis la possibilité d'une réévaluation à la mi-2013. En ce qui concerne l'anamnèse et la nature du traitement en cours, il a renvoyé notamment aux rapports des 30 octobre 2012 et 7 janvier 2013 de la Dresse

H._____, spécialiste en radio-oncologie et radiothérapie au Service de radio-oncologie du Centre hospitalier F._____. Il ressortait en particulier du plus récent des rapports que le traitement de radiothérapie de la patiente a été marqué par une asthénie d'abord modérée qui s'est accentuée en cours de traitement pour devenir relativement marquée en fin de traitement et que l'intéressée se décrivait vite fatiguée, devait se reposer toute la journée et dormait beaucoup.

Dans un avis médical du 2 avril 2013, le Dr J._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a considéré qu'on pouvait admettre qu'il y aurait très probablement des limitations fonctionnelles durables pour le membre supérieur droit, mais qu'il serait envisageable que l'assurée puisse reprendre son activité habituelle à son taux contractuel, puisqu'il n'était que de 60 %. Il a estimé que, dans une activité ménageant le membre supérieur droit, la capacité de travail était en principe entière. Il a par ailleurs exposé ce qui suit :

"LM : mai 2012

LF : pas de travaux lourds ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit ; pas de travaux avec ce membre au[-]dessus de l'horizontale.

CT comme aide de ménage à domicile : pourrait rester nulle.

CT dans AA : en principe 100 %"

Dans une note de suivi du 5 avril 2013, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assurée se disait active à 60 % mais qu'il s'avérait, après discussion, que son emploi était limité à 60 % alors que, en bonne santé, elle aurait travaillé à 80 %. Il a ajouté que, le 25 février 2013, l'intéressée s'était vue proposer de bénéficier d'un bilan d'orientation professionnelle et d'un soutien pour l'élaboration d'un dossier de candidature, démarche qu'elle avait déclinée. L'assurée avait en outre dit, le 5 avril 2013, ne pas se sentir prête pour cette démarche, lorsque celle-ci lui avait été proposée une nouvelle fois.

Dans une communication à l'intéressée du 8 avril 2013, l'OAI a retenu qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était

possible, l'assurée ayant clairement indiqué ne pas souhaiter aborder les mesures proposées.

On extrait ce qui suit d'un rapport médical de la Dresse A._____, adressé le 28 juin 2013 à la Assurance K._____, assureur-maladie perte de salaire, et transmis à l'OAI le 15 juillet 2013 :

"[...] La patiente est actuellement en incapacité de travail à 100 %. En effet, depuis la date de sa chirurgie, la patiente signale des douleurs dorsales droites qui descendent jusqu'au pied du membre inférieur droit, des douleurs qui sont plus exacerbées avec le froid avec occasionnellement des troubles de la sensibilité dans la face externe du membre inférieur droit. Ces douleurs sont persistantes et obligent la patiente à prendre du Paracétamol. Egalement elle est actuellement sous traitement adjuvant de Trastuzumab effectué toutes les 3 semaines. A ce jour 15 cures ont été effectuées et elle devrait encore en avoir 3.

[...]

En ce qui concerne les douleurs dorsales irradiant vers le membre inférieur droit, une IRM lombaire est effectuée et n'a pas mis en évidence de signe de souffrance du cordon médullaire ni d'autre anomalie expliquant les douleurs présentées. Egalement la patiente a eu une scintigraphie osseuse le 06.06.2013 à la recherche de métastase osseuse qui pourrait expliquer cette symptomatologie mais cet examen s'est avéré normal. Les douleurs sont probablement pariétales dans le cadre postopératoire. Pour ceci, la patiente continue à prendre du Dafaglan, effectue de la physiothérapie et continue à faire de l'aquagym. Concernant son carcinome canalaire du sein droit, la patiente est actuellement sous Tamoxifène et sous Trastuzumab adjuvant.

[...]

Une reprise de l'activité de travail pourrait être envisagée mais à temps partiel. Toutefois, l'état général de la patiente ne permet pas une reprise tout de suite. Ceci devra être discuté lors du mois d'août 2013. Lors de la reprise du travail, deux possibilités sont à discuter : la première est une reprise de travail dans le [...] où la patiente travaillait comme aide[-] ménagère en adaptant la qualité de travail pour que ce soit bien toléré par la patiente ou la deuxième option serait d'envisager une reprise d'un autre type de travail (par exemple : serveuse). [...]"

Était notamment jointe à ce rapport une attitude thérapeutique du 4 juin 2013 dans laquelle les Dresses M._____, cheffe de clinique au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier F._____, et A._____ ont relevé que, cliniquement, la patiente présentait un index de performance entre 0-1, décrivait une asthénie à la fin de la journée et se plaignait de douleurs mal systématisées thoraciques droites depuis l'intervention chirurgicale avec également une irradiation vers la région de la hanche droite et une sensation de douleurs qui descendait tout le long du membre inférieur droit. Au status, la douleur au niveau thoracique droit était reproductible à la palpation de toute la plage thoracique droite antérieure. Elles ont ajouté que le status neurologique des membres inférieurs ne montrait pas de déficit ni moteur ni sensitif, que la cicatrice de la mastectomie était calme et qu'il n'y avait pas d'adénopathie axillaire mise en évidence. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire avait par ailleurs été effectuée en lien avec les douleurs avec irradiation vers le membre inférieur droit, examen qui n'avait pas mis en évidence de lésion osseuse suspecte mais seulement une protrusion discale postérieure médiane L4-L5, sans produire des compressions radiculaires, l'origine des douleurs restant indéterminée.

Dans un rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 juillet 2013, l'enquêtrice de l'OAI a relevé que l'assurée avait été engagée à la Fondation D. _____ à 60 %, l'employeur n'offrant pas de taux plus élevé pour ce poste, mais qu'il était prévu que cette dernière augmente son taux d'activité pour pouvoir subvenir seule au besoin de sa famille, sans l'aide des services sociaux. Elle a proposé un statut de 80 % active et de 20 % ménagère et a évalué les empêchements ménagers de l'intéressée à 28.90 %.

Dans un rapport médical du 31 juillet 2013, la Dresse X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique au Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier F. _____, et I. _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 31.11) depuis mars 2013. Elles ont indiqué que la patiente avait été vue à six reprises entre mars et juin 2013 pour des consultations thérapeutiques de soutien avec une évolution lentement favorable, en ce sens que les symptômes dépressifs persistaient mais que leur intensité était moins importante. Elles ont en outre émis un bon pronostic en cas de poursuite du traitement psychologique. Elles ont par ailleurs renvoyé au rapport des oncologues et du généraliste pour les restrictions physiques et, pour les restrictions psychiques, ont signalé une humeur abaissée, une baisse de l'énergie, une fatigue et des troubles du sommeil, étant précisé que ces restrictions se manifestaient par une plus grande fatigabilité de la patiente et une moins grande résistance au stress. Elles ont ajouté qu'une reprise progressive du travail serait envisageable, sur le plan psychologique, tout d'abord à temps partiel pour ne pas surcharger l'assurée qui était encore fragile psychologiquement. Selon elles, du point de vue psychique, une reprise progressive du travail de deux à trois heures par jour paraissait possible, à partir d'août ou de septembre et était à réévaluer selon l'évolution. En conclusion, elles ont observé que la situation de l'assurée était à réévaluer en août ou septembre avec les somaticiens la prenant en charge afin de prendre en compte les limitations physiques et qu'il faudrait envisager soit

une reprise de l'activité précédemment exercée avec des aménagements (notamment reprise progressive) soit des mesures de réadaptation.

Au terme d'un « calcul du salaire exigible » effectué le 1^{er} octobre 2013 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, le préjudice économique de l'assurée a été évalué à 7.70 %, eu égard à un salaire sans invalidité à 80 % de 44'310 fr. (selon les renseignements donnés par l'employeur le 6 février 2013) et à un salaire avec invalidité de 40'895 fr. 88 selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA : 1, niveau de qualification 4 indexé en 2013) et compte tenu notamment d'une diminution de 5 % afin de prendre en considération les limitations fonctionnelles.

Dans son rapport final du même jour, il a rappelé ces chiffres et mentionné que l'assurée, en incapacité totale de travail depuis mai 2012, avait repris son activité non adaptée à 20 % de son 60 % (deux heures par jour) dès septembre 2013. Il a ajouté que l'intéressée désirait retravailler dans une activité adaptée et que, compte tenu de sa faible scolarisation, de l'absence de formation et de l'illettrisme important, il était indispensable qu'elle puisse bénéficier du soutien de l'OAI par le biais de mesures de placement.

Le 8 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de rente d'invalidité, le degré d'invalidité étant inférieur au taux de 40 %. Il ressortait notamment ce qui suit de son projet de décision :

"Sur la base des éléments contenus au dossier, vous travaillez en qualité d'auxiliaire au ménage auprès de la Fondation D._____, depuis octobre 2009.

En raison de problèmes de santé, vous avez présenté une incapacité de travail depuis le 1er mai 2012 (début du délai d'attente d'un an).

Selon nos observations, vous continuez à exercer votre activité d'auxiliaire au ménage à 80 % sans problèmes de santé. Les 20 % restants correspondent à vos travaux habituels. L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 28.90 %.

[...]

Du point de vue médical, les limitations fonctionnelles sont les suivantes : pas de travaux lourds ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, pas de travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontale. Il ressort également qu'une capacité de travail est raisonnablement exigible à 100 % à partir d'avril 2013 dans une activité adaptée.

[...]

Afin de déterminer le préjudice économique dans la part active, le revenu invalide ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 44'310.-, selon rapport employeur du 06.02.2012 [recte : 2013] (salaire à 60 % ramené à 80 %).

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF	44'310.00		
avec invalidité	CHF	40'895.88		
la perte de gain s'élève à	CHF	3'414.12	=	invalidité de
				7.70 %

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (part active et part ménagère) est donc le suivant :

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Active	80.00 %	7.70 %	6.16 %
Ménagère	20.00 %	28.90 %	5.78 %
Degré d'invalidité	11.94 %		

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

Par communication du même jour, l'OAI a informé l'intéressée qu'elle remplissait les conditions de l'aide au placement et qu'il lui offrait conseil et soutien pour la recherche d'un emploi par un coordinateur emploi.

Le 25 novembre 2013, l'assurée a contesté le projet de décision susmentionné. Elle a allégué que, comme il était indiqué dans un rapport médical de la Dresse L._____, du Service d'oncologie du Centre hospitalier F._____, elle avait de fortes douleurs dans le bras droit et n'avait pas récupéré toute sa mobilité au niveau de ce membre suite à l'opération. Elle a ainsi contesté pouvoir retrouver une capacité de travail à 100 % à compter d'avril 2013 dans une activité adaptée. En effet, elle avait fait une tentative de reprise du travail à 20 % au mois de septembre chez son employeur, en tant qu'auxiliaire de ménage, mais avait dû s'arrêter totalement au mois d'octobre, en raison d'une fatigue intense et de douleurs dans son bras droit. Elle a précisé que, suite à cette reprise d'un mois, la physiothérapeute avait dû drainer son bras intensément afin qu'il dégonfle totalement. Elle a allégué que, compte tenu de cette tentative de reprise d'activité et malgré son réel souhait de pouvoir retravailler, il lui semblait évident qu'une reprise d'un emploi, même adapté, à 100 % n'était pas envisageable. Elle a ajouté qu'elle aurait souhaité pouvoir bénéficier de mesures de réadaptation d'ordre professionnel dans le cadre de l'AI afin de pouvoir être soutenue dans sa

réorientation professionnelle à venir en cas de refus de rente d'invalidité. Il lui paraissait en outre indispensable que l'OAI demande un rapport médical complémentaire à la Dresse L. _____ s'agissant de cette période de reprise du travail et de ses conséquences avant de rendre une décision de rente d'invalidité.

L'OAI a imparti à l'intéressée un délai au 10 janvier 2014, prolongé à sa demande au 28 février 2014, pour produire un certificat ou un rapport du médecin cité dans son opposition, faute de quoi une décision conforme au projet lui serait notifiée.

Resté sans nouvelle de l'assurée dans le délai imparti, l'OAI a rendu le 7 mars 2014 une décision identique à son projet du 8 novembre 2013.

Par courrier séparé du même jour, l'office a informé l'assurée qu'il était disposé à ré-ouvrir l'aide au placement pour autant qu'elle soit en accord avec l'exigibilité qu'il lui reconnaissait, soit une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de travaux lourds ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit et pas de travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontale. L'OAI a demandé à l'assurée de confirmer par courrier, dans un délai de 30 jours, son accord avec cette capacité de travail et de lui transmettre les coordonnées de trois employeurs chez qui elle aurait aimé travailler.

B. Par courrier du 23 mars 2014, B._____ a indiqué qu'elle souhaitait pouvoir envisager une réinsertion professionnelle avec le soutien de l'OAI et qu'elle pouvait travailler au même pourcentage qu'avant sa maladie, à savoir à 60 %, dans un emploi adapté. Elle a également produit les coordonnées de trois employeurs pour qui elle aurait aimé travailler en tant qu'interprète. Elle a par ailleurs contesté avoir travaillé à 80 % en tant qu'auxiliaire de santé, comme mentionné dans la décision du 7 mars 2014, et a précisé qu'elle travaillait à 60 %.

Par communication du 1^{er} avril 2014, l'OAI a informé l'intéressée qu'elle remplissait les conditions de l'aide au placement et qu'il lui offrait conseil et soutien pour la recherche d'un emploi par un coordinateur emploi.

Le 10 avril 2014, la Dresse P._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier F._____, a contacté l'OAI par courrier afin de l'informer que la patiente présentait des douleurs persistantes, intenses, au niveau du membre supérieur droit suite à son traitement de radiothérapie et de chirurgie, des bouffées de chaleur invalidantes et une sensibilité très importante au niveau de la cicatrice de mastectomie droite. Elle a relevé que, dans ce contexte, la patiente semblait uniquement conserver une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, sans travail physique important au vu de la mobilité réduite de son membre supérieur droit. Elle a prié l'office de reconsidérer le droit de cette dernière à une rente AI de 50 %.

Dans un avis médical du 28 mai 2014, le Dr N._____ du SMR a estimé qu'il y avait lieu de reprendre l'instruction en interpellant la Dresse P._____ et le Dr G._____ pour qu'ils précisent en détail l'évolution depuis mai 2012, l'anamnèse et l'examen clinique, ainsi que les incapacités de travail attestées et de fournir une copie des rapports de consilium ou autre consultation spécialisée. Le Dr N._____ a ajouté que, pour le cas où l'assurée aurait consulté un autre médecin, il fallait l'interroger de la même manière.

Dans un rapport médical du 7 juillet 2014, la Dresse Q._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier F._____, a relevé que l'assurée suivait une hormonothérapie et souffrait de douleurs dans les membres supérieur et inférieur droits. Elle a précisé qu'il n'y avait pas de signe de récurrence, que le pronostic était bon mais qu'un risque de récurrence était toujours présent. Elle a ajouté que l'activité exercée était à son avis exigible à 30 % pour commencer en raison des douleurs et qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle entre 30 et 50 % à compter de septembre 2014, étant précisé qu'une reconversion professionnelle était souhaitable.

Dans un rapport médical du 29 août 2014, le Dr G._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif du sein droit T2 N1 M0 et les diagnostics sans effet sur la

capacité de travail de lombalgies non spécifiques depuis moins d'une année, de douleurs de l'hypochondre droit depuis environ une année, d'hypothyroïdie substituée d'étiologie indéterminée et de constipation chronique probable. Il a indiqué que la patiente restait affaiblie et fatiguée et qu'elle souffrait de lombalgies et de douleurs abdominales sans argument pour une origine métastatique. Selon lui, le pronostic était indéterminé vu le stade N1. S'agissant de l'activité exercée, il a renvoyé au Service d'oncologie du Centre hospitalier F. _____ et a ajouté que la patiente signalait une diminution de la mobilité du bras droit (stase lymphatique post curage ganglionnaire), ce qui constituait certainement une limitation dans son activité professionnelle de nettoyage. Il a précisé que les restrictions énumérées ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, le drainage lymphatique étant insuffisant pour une restitution complète de la mobilité du bras, et que l'amélioration de la capacité de travail ne serait probablement pas complète. Le Dr G. _____ a joint à son rapport divers documents dont la première page d'un rapport médical du 29 décembre 2013 de la Dresse H. _____ selon lequel, une année après la fin du traitement de radiothérapie, la patiente se portait bien et ne signalait aucune plainte fonctionnelle. L'hormonothérapie par Taxomifène était cliniquement bien tolérée avec uniquement quelques bouffées de chaleur contrôlées par Cimifemine forte, que la patiente avait toutefois stoppé en raison d'une mauvaise tolérance. La spécialiste ajoutait que l'assurée rapportait une asthénie persistante et une douleur au niveau de la hanche droite investiguée par IRM s'avérant être sans particularité.

Dans un questionnaire reçu le 10 novembre 2014 par le SMR, le Dr G. _____ a précisé que l'état de santé de l'assurée était stable depuis son dernier rapport. Il a fait état de l'apparition de lombalgies en mai 2014, à composante nocturne, avec à l'examen clinique une douleur à l'appui de la région sacrée, ainsi que des brûlures épigastriques post-prandiales avec irradiation dans l'hypochondre droit. Il a indiqué n'avoir, sauf erreur de sa part, pas prescrit d'arrêt de travail. Il a évoqué d'éventuelles limitations fonctionnelles au niveau du membre supérieur droit (« *post curage axillaire ?* »). Il a précisé que, nonobstant le suivi

oncologique au Centre hospitalier F._____, il avait réalisé en 2014 une échographie abdominale et une radiographie du bassin, sacrum, rachis lombaire, qui s'étaient avérées normales. Le Dr G._____ a encore ajouté que, sous réserve de l'avis des gynécologues, oncologues et radiothérapeutes du Centre hospitalier F._____, il ne lui paraissait pas envisageable que la patiente reprenne une activité de 50 % si l'on considérait l'activité antérieure (femme de chambre ou auxiliaire de santé) car il doutait qu'il eût été possible de diminuer les contraintes physiques en lien avec cette profession (refus de l'employeur et/ou de l'équipe de travail). Il a précisé ne pas avoir revu la patiente depuis juin 2014.

Selon un rapport final de l'OAI du 10 décembre 2014, l'aide au placement n'était pas réalisable, au regard des nouvelles informations médicales transmises et de la nouvelle instruction du dossier.

Dans une correspondance reçue le 15 décembre 2014 par l'OAI, la Dresse S._____, médecin assistante au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier F._____, a indiqué que la capacité de travail de la patiente dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 0 %, à réévaluer, en raison du fait qu'elle présentait d'importantes douleurs au niveau des membres supérieurs et inférieurs droits invalidantes au quotidien.

L'assurée ayant effectué un « stage » au sein de la Fondation E._____ (ci-après : E._____) à [...] dès le 1^{er} septembre 2014, la directrice E._____ [...] et la conseillère E._____ de l'intéressée ont établi un rapport final le 15 décembre 2014 dont il ressortait notamment ce qui suit :

"[...] La collaboration avec E._____ débute le 1^{er} septembre 2014. Aucun renseignement professionnel n'a pu être obtenu faute de personnel encore en poste l'ayant connue[.] Toutefois, son dernier certificat de travail la décrit comme une personne dotée de très bonnes capacités d'adaptation, consciencieuse et fiable au poste d'auxiliaire de ménage. Ses qualités humaines sont également relevées. Au niveau médical, le SMR stipule une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée avec les limitations suivantes : pas de travail lourd, ni de mouvements répétitifs avec le membre supérieur droit, pas de travail avec ce membre au-dessus de

l'horizontale. Mme B. _____ précise devoir limiter le port de charges à 5 kg de manière occasionnelle et explique qu'elle se fatigue facilement et se dit inquiète de sa situation.

Lors du premier entretien, Mme B. _____ parle très doucement et lentement[.] Elle semble fragile mais elle se dit prête à s'investir dans notre processus de réinsertion[.] Elle pleure à plusieurs reprises car sa situation de santé et familiale l'inquiète énormément. A la restitution d'informations, elle précise avoir l'aide de son fils dans les tâches quotidiennes et être malgré cela très fatiguée.

Dans un premier temps, Mme B. _____ participe au module PIE afin de se familiariser avec les techniques de prise d'informations en entreprises[.] Elle a réussi à effectuer les démarches demandées et à restituer les informations obtenues[.] Elle participe également à notre Atelier Emploi qui lui a permis de mettre à jour son curriculum vitae[.]

Ensuite, elle participe au module de Gestion du Changement (MGC) de manière discrète et respectueuse[.] Elle fait l'effort d'essayer de comprendre les thèmes abordés mais intervient rarement[.] Elle semble stressée par sa situation personnelle notamment par rapport à l'organisation avec son fils et parle peu d'elle[.] Il lui est impossible d'aborder le sujet de sa santé car sinon elle est débordée par les émotions. Mais elle semble être consciente que sa vie ne sera plus comme avant. En fin de module, elle explique être fatiguée par les séances (2 demi-jours par semaine) et devoir se reposer en rentrant chez elle.

Afin d'évaluer ses capacités de travail, E. _____ organise un stage d'employée de conditionnement léger au sein d'une entreprise partenaire[.] Le stage débute à 30 % avec possibilité d'évolution du taux d'activité après un temps d'adaptation. Le bilan du stage fait état de la bonne volonté de Mme B. _____, de son caractère discret et de sa bonne compréhension des consignes[.] Néanmoins, ses douleurs se sont accentuées pendant le stage Mme B. _____ explique qu'elle a dû dormir les après-midis tant elle était épuisée. D'ailleurs, elle a été absente deux fois en raison de douleurs suite au stage et aux séances de physiothérapie[.] L'employeur a relevé la crispation de Mme B. _____ dans toutes les positions de travail Son travail est estimé de bonne qualité mais son rendement insuffisant par rapport aux exigences de la première économie.

Au vu de ces éléments, il ne nous est pas possible d'accompagner actuellement Mme B. _____ vers la reprise d'un emploi. Lors d'un entretien de réseau, sa conseillère AI explique que son dossier va être réexaminé. C'est donc d'un commun accord avec sa conseillère AI que nous procédons à la fermeture de son dossier E. _____."

Dans un avis médical du 14 janvier 2015, les Drs J. _____ et N. _____ du SMR ont relevé qu'une tentative de reprise dans l'activité habituelle avait échoué, que les symptômes présentés par l'assurée n'étaient que partiellement documentés et que l'appréciation de la capacité de travail par les différents intervenants étaient en grande partie

contradictoire. Ils ont ajouté qu'une activité lourde (ou semi-lourde) et nécessitant l'usage répété du membre supérieur droit telle que l'activité habituelle ne semblait pas envisageable, mais que les raisons qui auraient permis de justifier une incapacité de travail totale dans une activité adaptée demeuraient en l'état inconnues. Aussi, ils ont préconisé une expertise de médecine interne.

Mandaté par l'OAI, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a procédé à l'expertise susmentionnée et fait part de ses conclusions dans un rapport du 29 avril 2015. Il y a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail :

- Brachialgies et thoracodynies droites dans le contexte d'un :
 - Carcinome canalaire invasif du sein droit de stade IIIA, grade 2, hormono-sensible, HER-2 : positif.
 - Status après chimiothérapie néo-adjuvante terminée le 14.08.2012.
 - Status après mastectomie droite et curage axillaire droit le 10.10.2012 : ypT3ypN2a (5/10).
 - Status après radiothérapie terminée le 21.12.2012.
 - Status après traitement par Herceptin terminé en novembre 2013.
 - Hormonothérapie par Tamoxifène en cours.

Diagnostiques sans répercussion sur la capacité de travail

- Hypothyroïdie substituée ; status après thyroïdectomie en 2005 pour goitre multi-nodulaire.
- Status après myomectomie en mai 2010 pour utérus multi-myomateux,
- Asthme atopique et rhino-conjonctivite saisonnière.
- Probable syndrome de fibromyalgie."

Il résulte en outre de son expertise médicale notamment ce qui suit :

"3.4 Plaintes de l'assurée

Au premier plan, Mme B. _____ se plaint de douleurs qui partent du creux axillaire droit irradiant en région latéro-thoracique droite pour se prolonger à la face latérale de la cuisse, de la jambe jusqu'à la malléole externe droite.

Elle se plaint également de discrètes irradiations à la face latéro-postérieure du bras droit. Ses douleurs sont présentes depuis 2011, qu'elle situe à 8/10 sur EVA. Mme B. _____ admet qu'il y a des fluctuations dans l'intensité de la douleur mais qu'elle a en principe mal tous les jours ainsi que la nuit. Les douleurs sont insomniantes. Elle les traite par Dafalgan 1 g qui permet de réduire l'intensité douloureuse à 3/10. Elle pense prendre 3 à 4 cp de Dafalgan 1 g/jour.

Elle annonce un sentiment de fatigue apparue progressivement depuis 2009. Elle indique qu'elle était alors anémique, surtout en 2010 et qu'elle est restée fatiguée depuis lors. La fatigue est estimée à 9/10 sur EVA avec sentiment de manque de force. La fatigue ne fluctue pas. Elle reste au même niveau tous les jours. Le sommeil est non réparateur et elle se réveille fatiguée « *comme si elle avait travaillé toute la nuit* ».

Elle annonce des douleurs relativement diffuses, en particulier à la ceinture scapulaire le matin au réveil. Les douleurs disparaissent vers 11h00 du matin.

Elle se plaint également de lombalgies basses en barre, sans blocage et sans exacerbation à la toux ou au Valsalva. Il n'y a pas d'irradiation radiculaire.

Elle se plaint d'un ballonnement digestif et d'un sentiment de brûlures abdominales.

[...]

6.2 Situation actuelle

Mme B. _____ est multi-plaintive. Elle fait état d'un syndrome douloureux relativement diffus avec des douleurs articulaires plutôt matinales, disparaissant progressivement au cours de la matinée. Elle se plaint de douleurs en taches d'huile de la ceinture scapulaire, de limitations fonctionnelles à la mobilisation de l'épaule droite et d'une curieuse douleur partant du creux axillaire, irradiant à la face latérale du thorax, intéressant également la hanche et s'étendant jusqu'au pied droit.

L'examen clinique est plutôt rassurant. Sur le plan oncologique, il n'y a pas de signe de récurrence locale ou à distance.

L'épaule droite présente une limitation fonctionnelle et douloureuse, surtout en antépulsion, qui ne dépasse pas activement les 70° (passivement 115°). Les rotations externes sont douloureuses mais ne sont pas entravées alors que l'abduction active est limitée à 120° avec arc douloureux dès 90°. L'assurée ménage son épaule droite. Il n'y a pas d'autre signe d'atteinte clinique des petites ou moyennes

articulations. Il n'y a pas d'autre limitation fonctionnelle.

Le status neurologique s'inscrit dans la norme. En revanche, on trouve 18/18 points de fibromyalgie toujours difficiles à cataloguer dans un contexte oncologique et d'hormonothérapie. Il apparaît cependant, et du fait que les douleurs préexistent à la découverte et aux traitements du cancer du sein, que l'on peut postuler qu'il existe un syndrome de fibromyalgie préexistant. L'assurée insiste sur le fait qu'elle était déjà très fatiguée dès 2011 voire même 2010. Elle annonce qu'en 2010, elle était anémique dans un contexte de ménométrorragies sur utérus myomateux. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a bénéficié d'une myomectomie.

Elle se plaint par ailleurs d'un syndrome climatérique avec bouffé[e]s de chaleur guère influencé par les traitements prescrits. Elle se plaint d'une sécheresse vaginale. Elle est en aménorrhée depuis la chimiothérapie. Il est à relever l'absence de lymphoedème du membre supérieur droit.

Au total, il existe ainsi une superposition d'éléments médicaux à substrat organique clair et d'autres singulièrement moins clairs dans un contexte de syndrome douloureux chronique préexistant et de difficultés psycho-sociales. Elle se plaint d'une baisse d'énergie, de fatigue, de troubles du sommeil avec sommeil non réparateur et de manque de motivation. Elle se plaint d'une humeur fluctuante et d'anticipations négatives, craignant une récurrence oncologique. Les troubles de la thymie semblent d'ailleurs préexistants à la découverte de la maladie oncologique. Il n'y a pour autant aucun traitement actuellement, ni de prise en charge spécialisée.

Il est également possible qu'une partie de la symptomatologie douloureuse, à type d'arthromyalgies, soit en lien avec l'hormonothérapie.

Il s'agit ainsi d'une situation complexe aggravée par l'inactivité, la sédentarité et la perte d'intégration socio-professionnelle.

6.3 Limitations fonctionnelles

Les arthromyalgies paraissent devoir être analysées à l'aune de l'exigibilité. Une activité de femme de ménage nous paraît difficile actuellement en raison notamment des limitations douloureuses et fonctionnelles de l'épaule droite. En revanche, une activité adaptée nous paraît exigible, raisonnablement dès avril 2013. La tentative de reprise du travail à 20 % en septembre 2013 a échoué en raison d'une fatigue intense dont le substrat organique fait largement défaut. Au contraire, on peut postuler qu'une reprise d'activité physique adaptée doit être encouragée de même que la lutte contre la sédentarité.

Mme B. _____ nous dit être gauchère pour l'écriture mais travaille préférentiellement avec le membre supérieur droit. Elle coupe sa viande et prépare les repas avec sa main droite mais écrit à gauche.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes.

- Activité uniquement légère.

- Pas de mouvements les bras portés au-dessus de l'horizontale des épaules.
- Port de charges limité à 5 kg.
- Pas de mouvements répétitifs ou soutenus du membre supérieur droit.
- Pas de travaux impliquant la pince entre le bras droit et le thorax.

L'environnement professionnel doit être propre, non exposé aux risques de blessure ou de brûlure."

Le Dr Z. _____ a formulé les conclusions suivantes :

"B. Influences sur la capacité de travail

1. LIMITATIONS (QUALITATIVES ET QUANTITATIVES) EN RELATION AVEC LES TROUBLES CONSTATÉS

au plan physique

Du fait de la chirurgie de curage axillaire, de la mastectomie et des séquelles de radiothérapie, la mobilité du membre supérieur droit est entravée et douloureuse. Dans ces conditions, le port de charges avec le membre supérieur droit est limité à 5 kg, sans mouvement répétitif ou soutenu, sans travaux nécessitant de porter l'épaule droite au-dessus de l'horizontale des épaules. Les travaux impliquant la pince entre le thorax et le membre supérieur droit doivent être limités.

au plan psychique et mental

Il existe vraisemblablement une fluctuation de la thymie ainsi que des troubles anxieux, une baisse de l'énergie et des troubles du sommeil. Ces troubles étaient déclarés légers et en amélioration en juin 2013, correspondant à un épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Ils n'ont plus fait de traitement ou de prise en charge spécialisée depuis lors. Le 31.07.2013, l'activité exercée était jugée exigible par la Dresse X. _____.

au plan social

Pas de limitation.

2. INFLUENCE DES TROUBLES SUR L'ACTIVITÉ EXERCÉE JUSQU'ICI

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Dans une activité d'auxiliaire de ménage, la nécessité de ménager le membre supérieur droit implique une perte de rendement que nous estimons à 50 %.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

50 % dans l'activité d'auxiliaire de ménage et 20 % au maximum dans les activités de femme au foyer.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, l'activité d'auxiliaire de ménage est exigible mais pas à plus de 50 %, soit à un mi-temps.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

La diminution de rendement a été intégrée à la détermination de la capacité de travail.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

L'incapacité de travail a été de 100 % dès le 01.05.2012.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Il est resté apparemment de 100 % du 01.05.2012 au 31.08.2013, de 80 % dès septembre 2013 et vraisemblablement de 50 % depuis janvier 2014.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. DES MESURES DE RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE SONT-ELLES ENVISAGEABLES ? SI NON, POUR QUELLES RAISONS ?

En effet, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables de suite. La collaboration à ces mesures risque d'être entravée subjectivement par une sensation d'asthénie et de douleurs hémi-corporelles droites, sans substrat organique clairement démontré et en conséquence, qui n'ont pas été intégrées dans les limitations fonctionnelles.

2. PEUT-ON AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE TRAVAIL AU POSTE OCCUPÉ JUSQU'À PRÉSENT ?

Oui.

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Une adaptation du poste de travail en fonction des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus devrait permettre de réaliser des activités d'auxiliaire de ménage à mi-temps.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Possibilité de reprise d'une activité à 50 %.

3. D'AUTRES ACTIVITÉS SONT-ELLES EXIGIBLES DE LA PART DE L'ASSURÉE ?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Dans une activité adaptée, il est possible d'envisager une capacité de travail complète.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A plein temps.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Si l'activité est adaptée, il n'y a dès lors pas à s'attendre à une diminution de rendement.

3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Une activité nous paraît raisonnablement exigible à plein temps, trois mois après la fin de la radiothérapie, soit dès le 01.04.2013.

3.5 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Sans objet."

Dans un rapport du 9 juin 2015, la Dresse R. _____ du SMR a relevé qu'après une lecture attentive de l'expertise du Dr Z. _____, il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expert. Elle a dès lors estimé la capacité de travail exigible de l'assurée en tant qu'auxiliaire de ménage à 50 % dès janvier 2014 et à 100 % dans une activité adaptée trois mois après la fin de la radiothérapie, soit dès le 1^{er} avril 2013.

Le 8 octobre 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande de reclassement et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que les investigations entreprises avaient permis d'établir que, comme lors de la première décision, la capacité de travail était toujours totale dans une activité sédentaire respectant les limitations fonctionnelles.

Le 20 octobre 2015, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a fait valoir ce qui suit :

"Après avoir pris acte des résultats de vos consta[ta]tions, je vous mentionne ci-dessous les raisons de mon désaccord quant à vos conclusions.

Comme mentionné dans ce courrier, j'ai bénéficié de l'aide au placement AI dès avril 2014. J'ai été dirigée vers la mesure E. _____. C'est dans ce cadre-là, que j'ai participé à un stage à 30 %. Durant cette période de stage j'étais épuisée et je souffrais de fortes douleurs articulaires, dont je souffre au quotidien. C'est d'ailleurs suite à ce stage, qu'une demande d'expertise médicale AI a été demandée.

Après cette tentative de travail à seulement 30 %, je m'étonne que votre médecin conseil puisse rendre des conclusions qui mentionnent une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Pour ces raisons, je conteste vos conclusions concernant ma capacité de travail.

Afin d'appuyer mes arguments, je vais vous faire parvenir un rapport médical actualisé du centre d'oncologie ambulatoire du Centre hospitalier F. _____ prochainement."

Le 25 novembre 2015, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier du 17 novembre 2015 des Drs T. _____ et V. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante au Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier F. _____, duquel il ressortait que l'intéressée bénéficiait depuis novembre 2012 d'une hormonothérapie adjuvante par Taxomifène et que, au vu de l'agressivité de la maladie, un traitement mensuel de Zoladex 3.6 mg (agoniste LHRH) avait été ajouté depuis juillet 2015, afin d'effectuer un blocage hormonal complet. Selon ces médecins, la patiente présentait des effets secondaires prévisibles mais néanmoins très problématiques, à savoir une asthénie grade 1-2, des bouffées de chaleur mais surtout des arthralgies matinales de toutes les articulations ne cédant qu'après deux-trois heures chaque jour au niveau des épaules, mains, genoux qui étaient apparues depuis l'introduction des injections de LHRH, ces effets secondaires ne semblant pas compatibles avec un travail à 80 %.

Dans un avis médical du 9 décembre 2015, les Drs R. _____ et W. _____ du SMR ont relevé ce qui suit :

"[...] Voici notre position : après relecture de l'expertise susmentionnée, en tenant compte des plaintes actuelles de l'assurée, nous constatons que les symptômes mentionnés par les deux confrères, étaient connus et pris en considération lors de l'évaluation de médecine interne d'avril 2015, comme suit :

- 1.-** sentiment de fatigue accentué progressivement depuis 2009, « elle est restée fatiguée depuis lors, la fatigue ne fluctue pas, et elle se réveille fatiguée, comme si elle avait travaillé toute la nuit » (p9/22) ;
- 2.-** les arthralgies matinales ne sont pas nouvelles, l'assurée annonce des « douleurs diffuses, en particulier la ceinture scapulaire et des épaules, le matin au réveil et disparaissent vers 11h », puis « des gonalgies » ; l'expert retient d'ailleurs « une superposition d'éléments médicaux à substrat organique clair et d'autres singulièrement moins clairs dans un contexte de syndrome douloureux chronique préexistant et des difficultés psycho-sociales ; il est possible (pas de certitude) qu'une partie de la symptomatologie douloureuse à type d'arthromyalgies, soit en lien avec l'hormonothérapie » (p18/22) ; donc, la symptomatologie douloureuse diffuse était décrite et connue avant l'introduction du traitement de Zoladex (LHRH), en juillet 2015 ;
- 3.-** sur le plan gynécologique, l'assurée « se plaint des bouffées de chaleur, non traités (traitement de Cimifemine, jugé inefficace, a été interrompu » (p10/22) ; l'expert ne retient pas une diminution de rendement pour ces symptômes.

Au final, en absence d'éléments cliniques objectifs nouveaux compatibles avec un changement de l'état de santé ou une aggravation, nous maintenons notre position décrite dans le rapport SMR du 09.06.2015."

Le 27 janvier 2016, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 8 octobre 2015.

Par courrier du 23 février 2016, l'assurée a écrit à l'OAI pour contester cette décision. À l'appui de celle-ci, elle a soutenu en substance que le stage effectué en avril 2014 chez E. _____ afin de trouver un emploi adapté avait été très éprouvant pour elle, qu'elle était épuisée et avait des douleurs insoutenables et que, à la fin de ce stage, elle n'arrivait pas à envisager de retravailler dans ces conditions. Elle a fait valoir que les constatations de l'OAI ne prenaient pas en compte les éléments du rapport médical des Drs T. _____ et V. _____ mettant en avant les effets secondaires de l'hormonothérapie et que, au moment de l'expertise médicale du 24 avril 2015, le Dr Z. _____ n'avait pas tous les éléments nécessaires pour rendre son rapport. L'intéressée a également allégué que l'ajout d'un nouveau traitement en juillet 2015 avait nettement péjoré son état de santé, ce que confirmait d'ailleurs le rapport du 17 novembre 2015. Elle a encore mentionné que, depuis la modification de son traitement, les douleurs dues aux effets secondaires du traitement ne lui laissaient pas de répit. Elle a joint son écrit un courrier du Dr T. _____ du 18 février 2016 dont il ressortait ce qui suit :

"Nous revenons à vous en raison de modifications de son état général actuellement. En effet, un nouveau traitement a été introduit pour cette patiente en 2015 suite à la publication de Francis et al (*Adjuvant ovarian suppression in premenopausal breast cancer*. N Engl J Med, 2015. 372(5) : p. 436-46). Ce nouveau traitement consiste à ajouter à son traitement d'hormonothérapie un agoniste LHRH soit du Zoladex® 3,5 mg 1x/mois.

La patiente subit actuellement les effets secondaires de ce traitement, soit des arthralgies type inflammatoire, et celles-ci n'ont pas été prises en compte par l'expertise effectuée en 2014. En conséquence, avec les maux présentés par la patiente, une reprise de son activité professionnelle représente pour nous une charge physique trop importante.

Dans cette situation, nous soutenons la patiente dans son recours afin de permettre une nouvelle évaluation de la situation."

A réception du courrier précité, l'OAI a écrit le 25 février 2016 à l'assurée pour l'informer que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal était compétente et qu'un délai au 11 mars 2016 lui était fixé pour indiquer si elle souhaitait que le recours soit transmis à cette juridiction.

C. Par acte du 2 mars 2016, B._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI, concluant implicitement à son annulation. Elle fait valoir les mêmes arguments que ceux exposés dans son courrier susmentionné du 23 février 2016 et joint également en annexe le courrier du Dr T._____ du 18 février 2016.

Par réponse du 26 avril 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il relève en substance que, selon le rapport d'expertise pleinement probant du Dr Z._____, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. L'office observe de surcroît que le rapport du SMR du 9 juin 2015 explique de manière convaincante les raisons pour lesquelles il convient d'admettre une capacité de travail entière.

La recourante n'a pas répliqué dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA applicable par analogie par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, la recourante a contesté la décision litigieuse en s'adressant le 23 février 2016 à l'OAI, à tort. S'étant vu impartir par cet office un délai au 11 mars 2016 pour se déterminer sur la transmission de l'acte à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, elle a finalement réagi de son côté en s'adressant directement à la juridiction compétente le 2 mars 2016. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que le recours a été déposé en temps utile.

Ayant pour le surplus été formé dans le respect des formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 23 mars 2014.

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

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

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165, VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile

pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

d) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 et 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient 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 établir le caractère incomplet de son ouvrage. 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 la jurisprudence citée).

4. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par

l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et 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 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impuissance ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impuissance donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée et a repris l'instruction en ordonnant notamment une expertise de médecine interne. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force - soit la décision du 7 mars 2014 - et la décision litigieuse du 27 janvier 2016, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à des mesures de reclassement.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande de l'assurée, l'OAI s'est essentiellement fondé sur l'avis médical du Dr J._____ du SMR du 2 avril 2013, qui relevait des limitations fonctionnelles durables pour le membre supérieur droit (pas de travaux lourds ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit et pas de travaux avec ce membre au-dessus de l'horizontale) compatibles avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Cet avis médical faisait suite aux rapports médicaux des Drs A._____ et G._____ qui avaient fait état notamment d'asthénie, de bouffées de chaleur et de douleurs hémithoraciques postopératoires droites (rapport médical de la Dresse A._____ du 6 mars 2013), respectivement d'une fatigue majeure

ainsi que d'une asthénie (rapport médical du 20 mars 2013 du Dr G. _____ renvoyant aux rapports des 30 octobre 2012 et 7 janvier 2013 de la Dresse H. _____). L'OAI s'est également basé sur un rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 juillet 2013 proposant que la recourante soit reconnue comme active à 80 % et ménagère à 20 % et évaluant ses empêchements ménagers à 28.90 %. Dans ce contexte, l'OAI a retenu dans une décision du 7 mars 2014 que l'assurée ne pouvait pas prétendre à une rente d'invalidité en raison d'un degré d'invalidité global de 11.94 %.

b) C'est sur la base du rapport d'expertise du Dr Z. _____ du 29 avril 2015 que l'OAI a rendu la décision attaquée du 27 janvier 2016, considérant que la capacité de travail de l'assurée demeurait inchangée dans une activité adaptée.

Dans son expertise médicale, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de brachialgies et thoracodynies droites. Il a également mentionné des diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail dont celui de probable syndrome de fibromyalgie. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu que seule une activité légère était envisageable, que le port de charges avec le membre supérieur droit était limité à 5 kg et qu'il y avait lieu d'éviter les mouvements répétitifs ou soutenus de ce membre, de même que les travaux nécessitant de porter l'épaule droite au-dessus de l'horizontale et les travaux impliquant la pince entre le thorax et le membre supérieur droit. Dans une activité adaptée à ces limitations, il a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dès le 1^{er} avril 2013, alors que l'activité d'auxiliaires de ménage n'était exigible qu'à 50 % et les activités de femme au foyer qu'à 20 % au maximum.

La recourante a remis en question la valeur probante de cette expertise, estimant notamment que l'expert n'avait pas tous les éléments nécessaires pour se prononcer dans la mesure où un nouveau traitement agoniste LHRH débuté en juillet 2015 avait péjoré son état de santé. Elle a

reproché à l'OAI de ne pas avoir pris en compte le rapport médical des Drs T._____ et V._____.

aa) A cet égard, outre le fait que l'expertise aurait dû à tout le moins être co-réalisée par un spécialiste en oncologie compte tenu des atteintes de l'assurée, on relèvera que l'expert s'est limité à mentionner que cette dernière se plaignait d'un syndrome douloureux relativement diffus avec des douleurs articulaires plutôt matinales disparaissant progressivement en cours de matinée (p. 17/22), d'un syndrome climatérique avec bouffées de chaleur (p. 18/22), ainsi que d'une baisse d'énergie, de fatigue, de troubles du sommeil avec sommeil non réparateur et manque de motivation (p. 18/22). En revanche, il n'a pas discuté des effets de ces symptômes sur la capacité de travail de l'intéressée. L'analyse sommaire de ces problématiques est d'autant plus surprenante que plusieurs médecins ont considéré que ces symptômes avaient des effets limitants sur la capacité de travail de la recourante (courrier du 10 avril 2014 de la Dress P._____ ; rapport médical du 7 juillet 2014 de la Dresse Q._____ ; rapport médical du Dr G._____ du 29 août 2014 ; correspondance reçue le 15 décembre 2014 par l'OAI de la Dresse S._____). On observera également que l'expertise médicale a été effectuée trois mois avant l'introduction d'un traitement agoniste LHRH qui, selon les Drs T._____ et V._____, avait provoqué des effets secondaires de ce type (asthénie grade 1-2, bouffées de chaleurs et arthralgies matinales de toutes les articulations ne cédant qu'après plus de deux-trois heures chaque jour au niveau des épaules, mains, genoux qui sont apparues depuis l'introduction des injections de LHRH) qualifiés de très problématiques et qui ne leur semblaient pas compatibles avec une activité à 80 % (courrier des Drs T._____ et V._____ du 17 novembre 2015). Au regard de ces éléments, l'OAI ne pouvait pas se contenter de l'avis médical du 9 décembre 2015 du SMR, au demeurant peu motivé, selon lequel « *les symptômes mentionnés par les deux confrères étaient connus et pris en considération lors de l'évaluation de médecine interne d'avril 2015* » et « *l'expert ne retient pas une diminution de rendement pour ces symptômes* ». En effet, vu le caractère laconique de l'expertise médicale et l'introduction trois mois plus tard d'un nouveau

traitement rendant plausible un changement de la situation, l'intimé ne pouvait retenir sans plus amples investigations que les symptômes dont souffrait l'assurée ne s'étaient pas aggravés suite à l'introduction de ce nouveau traitement et n'avaient pas d'impact significatif sur sa capacité de travail. Force est ainsi de constater que l'appréciation et les conclusions de l'expert et du SMR s'agissant des bouffées de chaleur, de l'asthénie et des arthralgies de la recourante, ainsi que de leurs effets sur sa capacité de travail, ne sont pas suffisamment motivées et ne permettent pas au tribunal de se prononcer en toute connaissance de cause. Il y a par conséquent lieu de compléter l'instruction sur ces points, en y associant au moins un spécialiste en oncologie.

bb) S'agissant des troubles de la thymie mentionnés par l'expert, les éléments figurant au dossier ne permettent pas non plus une appréciation concluante du cas d'espèce. L'expert a relevé que « *[l'assurée] se plaint d'une humeur fluctuante et d'anticipations négatives, craignant une récurrence oncologique* » et que « *les troubles de la thymie semblent d'ailleurs préexistants à la découverte de la maladie oncologiques [bien qu'il n'y ait] pour autant aucun traitement actuellement, ni de prise en charge spécialisée* ». Il n'a cependant pas expliqué pourquoi il avait retenu que les symptômes observés n'avaient aucun impact sur la capacité de travail de l'assurée, alors même que le Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier F._____, ayant posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F 31.11) depuis mars 2013, avait spécifié que la capacité de travail devait être réévaluée selon l'évolution (rapport médical du 31 juillet 2013 de la Dresse X._____ et de la psychologue I._____). Cette manière de procéder manque de clarté. Le fait que l'assurée ne fasse plus l'objet d'une prise en charge spécialisée depuis juin 2013 ne suffit en particulier pas à établir de manière probante que les troubles de la thymie sont sans effet sur la capacité de travail. Il est ainsi également nécessaire d'obtenir un complément d'instruction sur ce point, par un spécialiste en psychiatrie.

cc) Le Dr Z._____ a par ailleurs posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de probable syndrome de fibromyalgie. La Cour relèvera toutefois que ce diagnostic, qui apparaît pour la première fois dans ladite expertise, n'a pas été posé dans les règles de l'art et que l'analyse de son effet sur la capacité de travail de la recourante est restée très sommaire. L'expert, qui n'est pas psychiatre, s'est en effet contenté de constater la présence de « *18/18 points de fibromyalgie toujours difficiles à cataloguer dans un contexte oncologique et d'hormonothérapie* » tout en précisant que « *du fait que les douleurs préexist[ai]ent à la découverte et aux traitements du cancer du sein, [...] on p[ouvai]t postuler qu'il exist[ait] un syndrome de fibromyalgie préexistant* » et que « *il exist[ait] une superposition d'éléments médicaux à substrat organique clair et d'autres singulièrement moins clairs dans un contexte de syndrome douloureux chronique préexistant et de difficultés psycho-sociales* ». Il n'a pas motivé les raisons pour lesquelles il avait considéré que ce diagnostic n'avait aucun effet sur la capacité de travail de l'assurée. Par ailleurs, rien ne montre qu'il a procédé à un examen sur la base des critères développés - et récemment précisés - par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux et de fibromyalgie (ATF 141 V 281). Dans ce contexte, il apparaît absolument nécessaire que cette nouvelle problématique soit approfondie davantage. Il y a dès lors lieu de compléter l'instruction du dossier s'agissant de la fibromyalgie et de ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assurée.

dd) Au final, l'expertise médicale du 29 avril 2015 du Dr Z._____ ne permet pas d'apprécier valablement les atteintes de la recourante dans leur globalité et leurs répercussions sur sa capacité de travail et de gain au moment de la décision litigieuse. Il faut donc en conclure, contrairement à l'avis du SMR, qu'elle n'a pas pleine valeur probante.

ee) Dans un autre registre, la Cour relèvera encore que l'intimé n'a pas fait procéder à une nouvelle enquête économique sur le ménage suite à l'expertise médicale du Dr Z._____, alors même que

celui-ci avait mentionné que la capacité de travail de l'assurée dans ses activités de femme au foyer était de 20 % au maximum, soit plus de trois fois moins importante que celle qui avait été constatée dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 juillet 2013 (empêchements ménagers de 28.90 %). Sur ce point également, l'instruction du dossier est lacunaire. En effet, si la péjoration des empêchements ménagers de la recourante se vérifie dans les proportions avancées par l'expert, cela pourrait avoir un impact sur l'évaluation de l'invalidité de cette dernière.

c) Au vu de ce qui précède, le dossier de la cause demeure lacunaire sur le plan médical et sur le plan de l'évaluation des empêchements ménagers de l'assurée. La Cour de céans ne dispose ainsi pas des informations nécessaires pour juger d'une éventuelle modification notable de la situation et trancher la question du droit aux prestations de la recourante en toute connaissance de cause.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une

expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, force est de constater que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante, que ce soit sous l'angle de l'état de santé de la recourante dans sa globalité ou des conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail active ou ménagère. Dans ce contexte, il se justifie 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 –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, contenant au moins des volets oncologiques et psychiatriques, demeurant réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité jugée opportune. Cela fait, l'intimé rendra une nouvelle décision sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, non sans avoir fait procéder préalablement à une nouvelle enquête économique sur le ménage afin de déterminer les empêchements ménagers de l'assurée au vu de l'évolution de la situation sur le plan médical.

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

b) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

c) Bien qu'obtenant gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens, dans la mesure où elle n'est pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 27 janvier 2016 est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____,
- 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 :