

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 mai 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente

M. Monod et Mme Dormond Béguelin, juges assesseurs

Greffière : Mme Rochat

* * * * *

Cause pendante entre :

M._____, à (...), recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire de [...], est arrivée en Suisse en [...]. Titulaire d'un permis C, mariée et mère de deux enfants, elle est au bénéfice d'une formation de pâtissière industrielle acquise en [...]. Depuis janvier 2008, elle a travaillé à plein temps en qualité d'ouvrière en horlogerie auprès de [...]. Elle a présenté une incapacité de travail dès le 5 janvier 2015 en raison d'un cancer du sein gauche, traité par mastectomie le 6 février 2015, puis chimiothérapie et radiothérapie.

Le 24 avril 2015, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), indiquant souffrir d'un cancer du sein.

L'assurée a été suivie par le Service d'oncologie médicale du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: le Service d'oncologie médicale), qui a introduit un traitement par hormonothérapie de Zoladex dès juin 2015 avec Exémestane dès le 27 août 2015. Ce traitement a été compliqué d'arthralgies diffuses avec rigidité articulaire matinale et impotence d'environ une heure au lever. Le traitement a par conséquent été interrompu en octobre 2015.

Selon un rapport du 11 février 2016 établi par le Service d'oncologie médicale, le traitement par hormonothérapie a été réintroduit en janvier 2016. Il était mal toléré et il n'y avait pas de reprise du travail. Le 28 juillet 2016, ce même service a précisé qu'au vu des arthralgies que présentait l'assurée en lien avec son traitement anti-hormonal, des activités nécessitant un effort physique ne pouvaient pas être envisagées.

L'assurée a subi une reconstruction mammaire le 31 août 2016.

Sur avis du Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a mis en œuvre un expertise en médecine interne, au fin de procéder à un bilan médical complet. Le mandat d'expertise a été confié le 3 mai 2016 au Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a examiné l'assurée le 18 janvier 2017. Le rapport corrélatif, rédigé le 19 janvier 2017, fait état du diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de carcinome invasif de type non spécifique multicentrique du sein gauche, diagnostiqué en janvier 2015 (maladie de Paget du mamelon gauche, status après mastectomie et curage axillaire gauche le 6 février 2015, status après chimiothérapie adjuvante terminée le 4 mai 2015, status après radiothérapie terminée le 1^{er} juillet 2015, status après reconstruction mammaire le 31 août 2016, hormonothérapie d'Exémestane en cours et traitement de Zoladex dès le 26 juin 2015). Sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr C._____ a retenu un état d'obésité de stade I et de status variqueux de la saphène interne gauche. L'assurée présentait des douleurs résiduelles thoraco-brachiales gauches, des arthromyalgies en relation avec l'hormonothérapie et une asthénie résiduelle. Il en résultait les limitations fonctionnelles suivantes : inaptitude au port de charges, pas de mouvements répétitifs du membre supérieur gauche, pas de travaux à effectuer le bras gauche au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de travaux impliquant la pince entre le bras et le thorax. Dans ces conditions, la capacité de travail dans l'activité habituelle était exigible dès le 1^{er} décembre 2016, à 50% et à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20% pour tenir compte de l'asthénie et des douleurs. Le Dr C._____ a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas:

"[...]

5.2 Situation actuelle

"Nous sommes ainsi à 2 ans après la découverte d'un carcinome invasif multicentrique du sein gauche, de grade 2 et de stade IIA, traité classiquement par mastectomie, curage axillaire, chimiothérapie et radiothérapie avec hormonothérapie en cours, relativement mal supportée. Elle se plaint en effet d'un syndrome climatérique modéré et d'une sécheresse vaginale avec dyspareunie. Les bouffées de chaleur peuvent survenir deux fois/jour mais pas tous les jours.

Elle se plaint d'une asthénie résiduelle importante cotée à 7-8/10, sans modification depuis la fin de la chimiothérapie, ce qui peut paraître surprenant. S'y rajoutent un manque d'énergie, des troubles de la concentration, une labilité émotionnelle et une thymie fluctuante.

Elle se plaint d'une raideur articulaire matinale, de douleurs poly-articulaires diffuses annoncées tout de même en amélioration ces derniers mois si l'on se réfère à l'annonce d'une consommation d'antalgiques en claire diminution puisqu'il existe des jours où elle n'a plus besoin de prendre d'ibuprofène en sus de son Dafalgan. Parfois, pendant 2 ou 3 jours consécutivement, elle n'a plus besoin d'antalgiques.

Elle se plaint de douleurs à la mobilisation du membre supérieur gauche avec arc douloureux, limitant l'abduction au-dessus de l'horizontale de l'épaule ou l'antépulsion à plus de 110° à gauche. Mme [...] est droitrière. Enfin, elle se plaint de douleurs neuropathiques, à type de brûlures, intermittentes en région pectorale supérieure gauche, pouvant irradier également à la face postéro-interne du bras gauche jusqu'au coude.

Cliniquement, elle apparaît en bon état général. Score OMS : 0. Karnofsky : 90. Elle présente une obésité avec BMI à 31,4 kg/m². On note un status variqueux de la saphène interne gauche. L'examen de l'appareil locomoteur ne permet pas d'identifier de ténosynovite à part une suspicion à la palpation du tendon d'Achille qui est douloureux et qui ne paraît pas franchement épaissi. L'épaule gauche est passivement complètement mobilisable et d'ailleurs, nous observons que l'assurée n'a pas de difficultés dans l'habillement les deux bras portés au zénith. Il n'est pas constaté de limitations à la mobilité des doigts ou des poignets. L'examen fonctionnel du genou gauche est très légèrement limité avec une flexion un peu moins bonne à gauche qu'à droite et une distance talon-fesse de 3 cm contre 0 cm à droite. Quelques points de fibromyalgie sont présents (8/18). Nous constatons par ailleurs que les cicatrices de DIEP sont souples, coaptées et non douloureuses. Il n'y a pas de lymphœdème.

Au total, il apparaît ainsi que Mme M._____ présente des arthromyalgies en rapport avec l'hormonothérapie. La localisation douloureuse et l'ankylose matinale sont tout à fait suggestives. L'assurée s'est montrée collaborante, peu démonstrative. Il n'y a pas de majoration évidente. Sur le plan thymique, elle a vraisemblablement présenté un trouble d'adaptation avec prédominance de symptômes anxieux. Nous avons observé une assurée présentant une labilité émotionnelle assez importante. L'analyse des activités de la vie quotidienne permet de comprendre qu'elle a repris pratiquement toutes ses activités antérieures à l'exception du passage de l'aspirateur et du repassage assumés par sa belle-soeur et son mari. Elle admet d'ailleurs qu'actuellement elle se sent capable d'envisager une reprise d'activité professionnelle à 50% portée rapidement à 100%. Elle précise toutefois que le deuxième temps de reconstruction mammaire aura lieu le 24.03.2017, ce qui laisse supposer une nouvelle incapacité complète de travail de 2 à 3 semaines.

Sur la base de l'expertise du Dr C._____, le SMR a retenu, dans un rapport du 21 février 2017, que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travailler depuis le 6 février 2015 suite aux divers traitements lourds subis, une reconstruction mammaire le 31 août 2016 et une vraisemblable décompensation anxieuse et dépressive réactionnelle au cours de l'année 2015. En revanche, dès le 1^{er} décembre 2016, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

L'assurée a subi une nouvelle opération de reconstruction mammaire le 23 mars 2017.

Le Service de réadaptation de l'assurance-invalidité (ci-après : le Service de réadaptation) a reçu l'assurée pour un entretien d'évaluation le 2 mai 2017. La conseillère en charge du dossier a rapporté dans son rapport daté du même jour les observations suivantes :

« Nous avons eu affaire à une assurée qui s'est déclarée - en pleurs durant la moitié de l'entretien - voulant aller de l'avant, mais dans l'impossibilité de le faire pour le moment. En plus des douleurs et de la fatigue qu'elle décrit, nous avons pu remarquer un état plutôt dépressif, avec des anticipations négatives et des angoisses (récidives de cancer, peur de ne pas retrouver une activité adaptée à ses douleurs). Elle se dit vite découragée et démoralisée. Elle ne s'est pas pour autant montrée démonstrative. Les dires de l'assurée sont donc en opposition avec l'expertise qui décrit une CT pleine avec une perte de rendement depuis décembre 16. L'assurée se dit trop mal pour débiter des mesures, même à 50%, comme nous lui avons proposé dans un premier temps ».

Revue pour un second entretien en août 2017 par le Service de réadaptation, l'assurée a déclaré qu'elle ne se sentait toujours pas apte à entreprendre des mesures de réadaptation. Le Service de réadaptation a conclu qu'au vu du profil socioprofessionnel de l'assurée (sans formation professionnelle qualifiante, parcours professionnel dans l'industrie légère, peu de capacités d'adaptions), aucune mesure d'ordre professionnel ne serait susceptible de réduire le préjudice économique.

Le 4 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer une rente entière d'invalidité limitée dans le temps pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017. Il a considéré que depuis le 1^{er} mars 2017, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comparant le revenu sans invalidité (57'338 fr. 58 selon les salaires déclarés à l'AVS) avec celui auquel l'assurée pourrait prétendre compte tenu de ses limitations fonctionnelles (43'508 fr. 98 à 80%), l'OAI a conclu que le manque à gagner de 13'829 fr. 60 représentait un degré d'invalidité de 24.12%, soit un taux inférieur au minimum légal pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision par lettre du 31 mai 2018, faisant valoir qu'elle n'était pas encore en mesure de reprendre une activité professionnelle. A sa requête, un délai au 23 juillet 2017 lui a été accordé pour produire des pièces médicales supplémentaires. Dans l'intervalle, elle a confié la défense de ses intérêts à Procap.

Le 12 juillet 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle bénéficiait d'un suivi psychothérapeutique (deux fois par mois) depuis le 17 mars 2015 à l'unité de psychiatrie de liaison du CHUV.

Le 14 août 2018, l'assurée a complété son opposition du 31 mai 2018, concluant à ce qu'une incapacité de travail supérieure à 50% lui soit reconnue et à l'octroi de mesures de réinsertion. Elle a produit un rapport du 9 août 2018 établi par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue [...], au terme duquel ils ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique. La capacité de travail était de 50% dès août 2017. L'assurée présentait une fatigabilité importante, d'origine mixte somato-psychique (fatigue post-traitements de chimiothérapie et radiothérapie, hormonothérapie en cours, fatigue liée aux symptômes dépressifs), ainsi que des difficultés de

concentration. On pouvait s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 30 à 50% dans une activité adaptée, en raison de la fatigabilité, de l'hypersensibilité et des difficultés de concentration et de mémoire. Les spécialistes ont par ailleurs fait la description suivante de l'état de santé de l'assurée depuis leur suivi :

" Mme M. _____ bénéficie d'un suivi psychothérapeutique à la consultation de psycho-oncologie (psychiatrie de liaison spécialisée) du CHUV depuis le 17.03.2015, à une fréquence bi-mensuelle. L'instauration de ce suivi a été faite suite à des symptômes anxio-dépressifs envahissants dans un contexte d'annonce de maladie grave en janvier 2015 (cancer) et de traitements agressifs avec conséquences négatives à court terme. Elle a en effet été traitée par chirurgie (mastectomie gauche et prélèvement de ganglions sentinelles, puis reconstruction mammaire), chimiothérapie et radiothérapie locorégionale adjuvantes, et poursuit un traitement d'hormonothérapie adjuvante depuis 2015.

La patiente manifestait alors la symptomatologie suivante : troubles du sommeil (insomnies, réveils nocturnes, cauchemars), troubles de concentration, troubles de mémoire, angoisses de mort, ruminations envahissantes, difficultés respiratoires avec oppression thoracique et dans la gorge, anticipations anxieuses par rapport à l'avenir, pleurs fréquents, baisse de l'humeur. Cette symptomatologie était quotidienne, d'intensité sévère, altérant son fonctionnement global au quotidien. En effet, elle n'arrivait plus à assumer la responsabilité des tâches ménagères ni les relations avec sa famille, face à laquelle elle éprouvait un sentiment de honte.

De plus, il s'est avéré que les angoisses de mort déclenchées par l'expérience du cancer et qui étaient fortement exacerbées par les interventions chirurgicales (angoisses de mort face aux narcoses, douleurs post-opératoires) ainsi que les effets secondaires de la chimiothérapie (vomissements, fatigue intense, alopecie), ont provoqué la résurgence de traumatismes antérieurs majeurs en lien avec un vécu de guerre (guerre en [...], bombardements, épisodes de fuite marqués par une peur intense de mourir, détention dans des camps, décès et disparition des membres de sa famille). Une symptomatologie du registre traumatique s'est manifestée, notamment sous forme de flashbacks des instants où elle a vécu une peur intense de mourir (bombardements, fuite, camps), souvenirs intrusifs et terrifiants, cauchemars, troubles de concentration et de mémoire, attaques de panique caractérisées (épisodes de dyspnée paroxystique avec palpitations), évitement des situations pouvant réveiller le traumatisme et anesthésie psychique. Ces résurgences ont également provoqué une hypervigilance de la patiente face à ses éventuels dysfonctionnements somatiques, avec en toile de fond l'angoisse d'une récurrence oncologique aboutissant à la mort, ainsi que des idées passives de mort (désirs de mort pour être soulagée de ses souffrances, sans idéation suicidaire réelle).

La patiente avait réussi jusque-là à surmonter ses traumatismes de guerre par une hyperactivité et un surinvestissement de son rôle de mère, qui lui ont permis de canaliser la symptomatologie post-traumatique qui était déjà présente, mais restait jugulable par la patiente. Cependant, la maladie, qui représente une menace vitale, ainsi que les traitements, ont bouleversé ses ressources et mis à mal son recours à ces mécanismes protecteurs. De plus, elle a été fortement diminuée physiquement par les traitements oncologiques, ce qui l'a confrontée à des limites physiques importantes pour la première fois de sa vie. L'impossibilité d'avoir recours à l'activité a alors provoqué un effondrement sur le plan anxio-dépressif. Dans le même registre, la perte de son travail durant la période des traitements a beaucoup affecté la patiente, provoquant une péjoration de sa symptomatologie dépressive.

Aujourd'hui, la patiente souffre toujours de la perte de certaines capacités physiques liées aux traitements (fatigue post-chimiothérapie et radiothérapie, perte de mobilité des bras consécutive à l'exérèse des ganglions sentinelles, douleurs articulaires provoquées par l'hormonothérapie, prescrite pour une durée de 5 ans). Cela contribue à maintenir la symptomatologie anxio-dépressive liée à l'incapacité d'avoir recours à l'activité et la crainte d'une perte totale de son indépendance, dont le corollaire est un vécu de vulnérabilité totale conduisant à la mort.

Ainsi, ses nouvelles limitations fonctionnelles physiques (cf. rapports des somaticien-nes) lui sont extrêmement difficiles à accepter et nous observons que Mme M. _____, sitôt que ses douleurs diminuent, tente régulièrement d'effectuer à nouveau des tâches ménagères, ce qui entraîne de nouveaux épisodes douloureux et une nouvelle baisse de l'humeur face au constat systématique et répétitif de sa vulnérabilité.

Actuellement, les symptômes anxio-dépressifs (cf. status ci-dessous) restent présents, et leur intensité est variable selon son niveau de fatigabilité, de douleurs, et selon les confrontations à la maladie ou à son vécu de guerre auxquelles elle fait face. Le travail psychothérapeutique se poursuit à la même fréquence. A noter que la patiente ne souhaite pas de médication antidépressive, qui lui a été proposée à plusieurs reprises. En effet l'idée d'un recours au médicament vient renforcer chez elle la crainte d'une perte totale d'indépendance, et provoque des attaques de panique. Dans ce contexte, il apparaît que l'indication à une médication antidépressive est ainsi relative, compte tenu du faible bénéfice attendu et des angoisses que cette proposition suscite".

L'OAI a soumis ce rapport à son Service médical pour déterminations. Dans son avis du 28 août 2018, le Dr B. _____ s'est dit dubitatif quant au suivi psychiatrique annoncé depuis le 17 mars 2015 puisqu'il n'en était pas question au moment où le Dr C. _____ a établi son expertise. Il a par ailleurs observé que les "symptômes anxio-dépressifs envahissants" ne constituaient pas un diagnostic

conventionnel au sens de la CIM-10, qu'il ne persisterait actuellement que des symptômes anxio-dépressifs non incapacitants sans point d'appel pour des critères de classification A, dit de gravité, qu'un épisode dépressif moyen (F32.10) sans syndrome somatique n'était pas incapacitant selon la jurisprudence, et qu'il en était de même pour le trouble de stress post-traumatique, qui ne s'étendait pas au-delà d'une année normalement. Il n'existait par ailleurs aucun traitement crédible, ni monitoring. En définitive, le rapport du psychiatre et de la psychologue traitants ne permettait pas de conclure à la présence de troubles psychiatriques incapacitants.

Par décision du 13 septembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision du 4 mai 2018, considérant en particulier qu'aucun élément au dossier ne permettait de retenir la présence d'un trouble psychiatrique incapacitant.

B. M. _____, avec l'assistance de Procap, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 15 octobre 2018. Elle a conclu, à titre principal, à l'allocation de prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente d'invalidité postérieurement au 28 janvier 2017, respectivement à des mesures professionnelles ou de réinsertion, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel contesté l'appréciation du volet médical de son dossier, soulignant les avis divergents de ses médecins et du SMR sur le plan psychiatrique.

Par réponse du 6 décembre 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours, estimant ne pas avoir de motif de s'écarter de l'avis du 28 août 2018 établi par le SMR. Il a au surplus renvoyé au rapport du 17 août 2017 du Service de réadaptation pour la question de l'octroi de mesures de réadaptation.

L'assurée a répliqué le 11 janvier 2019, persistant dans les conclusions prises à l'appui de son recours.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente au-delà du 28 février 2017 et à des mesures d'ordre professionnel.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 et la référence citée).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 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'AI, 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 devant 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).

b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu 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 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1).

Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

5. D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

6. a) La recourante conteste essentiellement l'appréciation de sa capacité de travail au plan psychiatrique. A cet égard, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 28 août 2018 pour considérer qu'elle ne présentait aucune incapacité de ce chef. Cet avis est cependant critiquable à plusieurs égards.

Le Dr B._____, qui a établi le rapport en question, s'est déclaré dubitatif quant à l'existence d'un suivi psychiatrique depuis le 17 mars 2015. Cela étant, le Dr C._____ faisait pourtant mention dans son expertise, au point 5.1 (Rappel de l'histoire médicale, p. 15 et 16), d'un suivi psychologique entrepris par l'assurée depuis sa chimiothérapie. Le rapport du service de psychiatrie de liaison du 9 août 2018, dont le Dr B._____ avait précisément connaissance au moment où il a établi son avis, confirme au demeurant le suivi au long cours de l'assurée au plan psychiatrique. On ne peut par conséquent que s'interroger sur les doutes

exprimés par le Dr B._____, quant à la réalité des consultations psychiatriques de l'assurée, alors qu'il était en possession des éléments médicaux nécessaires pour constater qu'un tel suivi existe effectivement depuis le mois de mars 2015. A cela s'ajoute que, contrairement à ce que retient le Dr B._____, le Dr R._____ ne pose pas le diagnostic de "symptômes anxio-dépressifs envahissants". Ce médecin indique simplement que sa patiente l'a consulté pour de tels symptômes et s'il pose un diagnostic, c'est celui d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique. Au vu de ces différents éléments, la Cour de céans ne saurait faire siens les motifs invoqués par le Dr B._____ pour écarter l'appréciation du Dr R._____ dans l'examen de la capacité de travail de l'assurée au plan psychique.

b) Le Dr R._____, seul médecin psychiatre à s'être prononcé dans le dossier sur la question de la santé psychique de l'assurée, a ainsi retenu au terme de son rapport du 9 août 2018, les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique. La capacité de travail en raison de ces diagnostics était limitée à 50%. Le Dr B._____, qui se prononce sur ces atteintes, indique qu'un épisode dépressif moyen (F32.10), sans syndrome somatique, n'est en tout état de cause pas incapacitant, selon la jurisprudence. Il en serait de même selon lui s'agissant de l'état de stress post-traumatique. Le Dr B._____ ne cite pas précisément la jurisprudence à laquelle il fait référence. Cela étant, il est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence récente (cf. ATF 143 V 418), en vigueur au moment où le Dr B._____ a établi son avis puisqu'elle date du 30 novembre 2017, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. consid. 4 *supra*). En l'occurrence, une telle évaluation fait défaut.

En effet, même à considérer que le diagnostic susmentionné de trouble dépressif a été posé dans les règles de l'art (cf. consid. 4b *supra*) par le Dr R._____, en référence notamment à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10), son rapport n'est pas pour autant suffisamment détaillé et documenté pour qu'il puisse avoir valeur d'expertise, permettant une appréciation concluante du cas à l'aune des autres critères déterminants. On observera en particulier que si le Dr R._____ a effectué un examen détaillé de la personnalité de l'assurée, en mettant en évidence la présence d'un état de stress post-traumatique en lien avec les événements de guerre subis par l'assurée dans son pays d'origine, les autres indicateurs du degré de gravité fonctionnel font défaut. Le rapport ne comporte pas non plus d'examen de la cohérence et sur la question du traitement, les observations figurant en page 2 de ce rapport sont significatives de la nécessité d'instruire sous l'angle de la coopération de l'assurée à un traitement adéquat, respectivement de l'adéquation de la prise en charge thérapeutique menée jusque-là, cas échéant de la résistance de l'atteinte psychique à cette prise en charge. On ajoutera enfin que les éléments anamnestiques figurant au dossier sont contradictoires et incomplets. A lire les chiffres 2 et 3 de la rubrique "contexte social" de l'expertise réalisée par le Dr C._____ (p. 18), l'assurée aurait repris la plupart de ses activités ménagères et sociales. Or le rapport du service de réadaptation du 2 mai 2017, qui évoque une dépendance aux autres, et celui du service de psychiatrie de liaison, ne sont pas aussi affirmatifs. Il n'y a, au surplus, pas d'anamnèse psychiatrique au dossier. Dans ce contexte, on ajoutera encore que ni l'avis du Dr B._____, mal étayé et incohérent en plusieurs points, ni l'expertise du Dr C._____, qui ne comporte qu'un volet somatique, ne sont de nature à apporter un éclairage utile sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée au plan psychiatrique.

A la lumière de ce qui précède, en l'absence de documents médicaux répondant aux exigences jurisprudentielles actuelles en matière de troubles psychiques, on ne saurait se prononcer sur le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique évoquées.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d).

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

8. En l'occurrence, compte tenu des carences dont souffre le dossier quant à l'évaluation de l'état de santé psychique de la recourante, il s'impose de procéder à une expertise psychiatrique, laquelle devra intégrer l'examen des critères jurisprudentiels pertinents. La cause devra par conséquent être renvoyée à l'intimé, auquel il incombe de procéder à un tel complément. Il lui appartiendra dans ce contexte d'actualiser préalablement les données médicales somatiques, la nécessité d'une évaluation bidisciplinaire étant réservée en cas de modification éventuelle de l'état de santé de la recourante à cet égard.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) 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 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'OAI, qui succombe.

Ayant procédé par l'intermédiaire d'un avocat du Service juridique de Procap Suisse, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.

- III. Les frais de justice, 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :