

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 août 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Piguet, juge, et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Stève Kalbermatten,
avocat à Clarens,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28a LAI ; art. 27 al. 1, 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de quatre enfants (nés en 1993 et 1999), sans formation professionnelle, travaillait à 41 % depuis le 4 janvier 2010 en qualité de femme de ménage auprès de l'entreprise X._____ SA à [...].

En septembre 2015, l'assurée a présenté une hyperménorrhée sévère avec fatigue intense et anémie sévère, motivant un contrôle gynécologique en urgence. Les examens effectués ont mis en évidence une masse suspecte au niveau de l'utérus, qui s'est révélée être un sarcome stromal endométrial de haut grade.

Dès le 14 septembre 2015, une incapacité de travail a été reconnue à l'intéressée et des indemnités journalières à 100 % lui ont été versées par l'assureur perte de gain maladie.

Le 7 octobre 2015, l'assurée a subi une première intervention sous rachianesthésie afin de préciser le diagnostic et éventuellement procéder à l'ablation du sarcome. Durant l'intervention, il a été constaté que la tumeur était beaucoup plus étendue que supposée et l'intervention a dû être interrompue afin de préciser l'attitude à tenir. Une deuxième intervention a été pratiquée le 23 octobre 2015, soit une hystérectomie totale avec annexectomie gauche et une salpingectomie droite par laparotomie.

Dans un rapport du 4 janvier 2016, la Dre F._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de sarcome stromal de l'endométrie de haut grade.

Une troisième intervention a été effectuée le 6 janvier 2016, consistant en un curage lombo-aortique par voie rétro-péritonéale, une

adhésiolyse et un curage pelvien bilatéral et ovariectomie droite par laparoscopie.

Le 19 avril 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une tumeur.

Par rapport du 12 mai 2016, la Dre U._____, médecin praticien et traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de sarcome stromal endométrial de haut grade avec hyperménorrhée anémiantes évoluant depuis trois ans, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de goitre euthyroïdien, d'hypertension artérielle traitée, de syndrome d'apnées du sommeil léger non appareillé et d'obésité. Elle expliquait avoir suivi l'assurée d'avril 2014 au 15 septembre 2015. L'intéressée était connue pour une anémie récurrente sur hyperménorrhée depuis quelques années.

Le 16 mai 2016, l'assurée a indiqué que son taux d'activité serait de 100 % depuis septembre 2015 si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Elle exercerait alors une activité de femme de ménage par nécessité financière et également pour « casser la monotonie ».

Dans un rapport du 2 novembre 2016, produit le 17 août 2017, la Dre L._____, spécialiste en oncologie médicale et en médecine interne générale au Service interdisciplinaire de cancérologie de l'Hôpital B._____, a posé le diagnostic de sarcome stromal endométrial de haut grade « (ESS-HG) pT1b stade FIGO IB ». Elle a notamment mentionné un scanner du 18 avril 2016 qui avait mis en évidence un nouveau nodule au niveau abdominal. Son ablation a été effectuée lors d'une intervention du 19 mai 2016. La médecin a aussi indiqué que l'assurée avait subi un traitement adjuvant par radiothérapie le 28 avril 2016 et du 16 juin au 20 juillet 2016, ainsi que deux séances de curiethérapie en août 2016. Elle évoquait un scanner thoraco-abdomino-pelvien du 27 octobre 2016, qui n'amenait pas d'argument scanographique pour une récurrence locale ou à distance. Selon la Dre L._____, l'intéressée était actuellement en bon

état général et asymptomatique. Un programme de surveillance était mis en place.

Le 29 novembre 2016, la Dre F._____ a mentionné une bonne évolution et l'absence de signe de rechute. Elle a précisé que l'assurée était actuellement en incapacité de travail dans l'activité habituelle. L'intéressée présentait des douleurs abdominales séquellaires, des œdèmes au niveau des membres inférieurs ensuite de l'intervention, des céphalées rendant difficilement imaginable la reprise d'une activité. Au titre des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, la Dre F._____ a considéré que l'assurée ne pouvait pas maintenir une station debout de manière prolongée ni fournir un effort physique important. Elle relevait en outre que l'intéressée était très affaiblie par les traitements autant sur le plan physique que psychologique.

Le 19 décembre 2016, la Dre Q._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a estimé que l'assurée présentait pour le moment une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, compte tenu d'une grande fatigue en relation avec la radiothérapie. Il convenait d'attendre encore.

L'intéressée a rempli un questionnaire de l'OAI du 17 janvier 2017 en répondant par la négative à la question de savoir si aujourd'hui elle travaillerait à 100 % sans atteinte à la santé. Elle avait effectivement travaillé entre 40 % et 50 % depuis 2010, car elle avait à charge quatre enfants, dont les plus petits étaient des jumelles.

Par rapport du 3 mai 2017 ensuite d'un scanner thoraco-abdominal, le Dr C._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de signe de récurrence, de lésion secondaire ou de signe d'adénopathie. Il constatait le *statu quo* par rapport à janvier 2017.

Par rapport du 29 août 2017, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de

séquelles après traitement d'un sarcome endométrial pT1b FIGO 1B. Il a exposé que l'intéressée présentait une incapacité de travail durable dès le 14 septembre 2015. Sa capacité de travail de était nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout prolongée, pas d'effort physique important. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 1^{er} décembre 2016. Le médecin du SMR a retenu que le courrier médical du « 17 août 2016 » décrivait le protocole thérapeutique de l'assurée d'octobre 2015 au 27 octobre 2016, date du scanner de contrôle qui objectivait l'absence de récurrence. Selon le Dr Z._____, les médecins de l'intéressée ne se prononçaient pas sur la capacité de travail exigible dans l'activité de nettoyeuse, mais le gynécologue précisait que l'assurée ne pouvait plus effectuer d'activité lourde ou nécessitant la station debout de façon prolongée. Aucun des médecins ne retenant une incapacité de travail dans une activité adaptée, le médecin du SMR a conclu que quatre mois après l'arrêt du traitement, une telle activité était exigible sans baisse de rendement.

X._____ SA a licencié l'assurée en septembre 2017.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 décembre 2017, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut de 100 % active. L'intéressée lui avait expliqué avoir mal interprété le formulaire de l'OAI, de sorte qu'elle y avait mentionné son dernier taux d'activité. En réalité, les revenus du couple ne permettaient clairement pas de subvenir au besoin d'une famille de quatre personnes. Les filles cadettes avaient en outre atteint un âge leur permettant d'être autonomes, de sorte que l'intéressée n'avait plus besoin d'être présente au domicile pour elles. Elle aurait donc pu et aurait eu besoin financièrement de travailler à 100 %. L'enquêtrice a en outre estimé que l'assurée présentait une invalidité de 42 % sur son activité de ménagère à temps plein. Elle a indiqué que l'intéressée était notamment suivie par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie. L'enquêtrice a en outre conclu comme suit (*sic*) :

« L'entretien a eu lieu en présence de l'assurée et de sa fille à son domicile.

La demande a été déposée sur l'insistance de l'assurance perte de gain.

Lors de l'entretien, l'assurée se déplace très lentement et se montre très affaiblie ayant parfois de la peine à respirer et transpirant beaucoup. L'entretien a lieu en présence de sa fille qui fait office d'interprète, car l'assurée s'exprime dans un français rudimentaire et ne comprend pas toujours les questions qui sont posées.

À plusieurs reprises, elle se lève afin de changer de position et s'installer plus confortablement et se plaint de sa fatigue. En évoquant ses difficultés de mobilisation, elle montre ses membres inférieurs dans lesquels des œdèmes importants sont en effet constaté.

La charge émotionnelle est aussi très importante, l'assurée évoquant régulièrement une incompréhension ainsi que de la révolte vis-à-vis des nombreux effets secondaires ressentis suite aux différents traitements de radio et chimiothérapie. Elle explique qu'aucun médecin ne l'avait prévenue qu'ils pourraient être aussi importants et surtout durer si longtemps.

La situation observée à domicile, de même que les limitations décrites par l'assurée semblent relativement importantes, mais ne sont pas clairement documentées dans le dossier. Elles ont pourtant une incidence importante sur les empêchements dans les tâches ménagères puisque l'assurée décrit ne pouvoir participer que de manière réduite à ces dernières. Son manque de force est de résistance à l'effort l'oblige à stopper toutes activités après environ 20 minutes. Au vu de la présence de 4 enfants adultes au domicile, l'aide exigible de l'entourage a été pris en compte dans le calcul des empêchements ménager ce qui en a réduit de façon significative les empêchements.

Lors de la discussion sur le statut, l'assurée se dit motivée à pouvoir reprendre une activité professionnelle, mais n'en a actuellement pas la force en lien avec sa fatigue qui l'oblige à se recoucher très régulièrement dans la journée.

Au vu de ces éléments, un complément d'information médicale et un avis du SMR pourraient permettre de valider, ou pas, les dires de l'assurée. »

Par projet de décision du 16 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2016 au 28 février 2017, en retenant ce qui suit (*sic*) :

« Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 15 septembre 2015. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 15 septembre 2016 et après examen des pièces médicales en notre possession, force est

de constater que vous présentez une incapacité de travail totale dans toute activité.

Votre degré d'invalidité est donc, à ce moment, de 100% ce qui donne droit à une rente entière.

Toutefois, dans votre situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} octobre 2016, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle vous avez fait valoir votre droit aux prestations, conformément à l'article 29, alinéa 1, LAI.

Par ailleurs, dès le 1^{er} décembre 2016 une capacité de travail de 100% est raisonnablement exigible de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, pas d'effort physique important).

Pour déterminer votre préjudice économique à cette date, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu prétendre en bonne santé, soit CHF 44'742.00 en 2016 (selon votre employeur X. _____ SA et à 100%) avec celui réalisable avec atteinte à la santé.

Dans votre situation, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 54'518.58 à 100%, en 2016.

Force est de constater que vous ne présentez plus aucun préjudice économique.

Conformément à l'article 88a RAI, cette prestation doit être supprimée trois mois après la date à laquelle vous avez recouvré une capacité de travail excluant le droit à la rente, soit au 28 février 2017. »

Le 25 avril 2018, l'assurée a formulé des objections à l'encontre de ce projet. En substance, elle contestait le fait que ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} décembre 2016 ne seraient que les suivantes : pas de station debout prolongée, pas d'effort physique important. Elle décrivait les limitations qui ne lui permettraient pas d'envisager de travailler comme suit :

« [...] j'ai pris énormément de poids, j'ai de la peine à marcher, je fais des apnées, j'ai de l'hypertension, du diabète, du cholestérol, de violents maux de tête lorsque je fais un effort avec des frissons. Je prends également des médicaments contre la thyroïde. Mes jambes et mes pieds sont remplis d'eau. Je ne peux sortir de mon

appartement sans être accompagnée à cause de vertiges et de pertes d'équilibre. Je ne suis bien, ni assise, ni debout. Je n'arrive plus à contrôler ma vessie ce qui m'oblige à porter de grandes protections urinaires. Je ne peux plus m'occuper de mon appartement correctement (ménage, lessive, repas, etc.). Comment envisager d'aller travailler à l'extérieur.

Sans compter les nuits où je ne dors pas et les jours où je n'arrive pas à mettre un pied devant l'autre.

[...] »

Dans un rapport du 26 avril 2018, la Dre U._____ a indiqué ne pas comprendre le projet de décision de l'OAI quant à l'exigibilité d'une capacité de travail de 100 % dès le 1^{er} décembre 2016. Elle a précisé que l'intéressée était toujours sous suivi oncologique régulier et n'était actuellement clairement pas apte à reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

Le 17 mai 2018, les rapports suivants ont été produits :

- un rapport du 11 septembre 2017 du Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, qui a considéré, au status, que l'assurée était en état général conservé. Il a conclu comme suit :

« L'échocardiographie réalisée ce jour montre une hypertrophie concentrique ainsi qu'une fonction globale et segmentaire du ventricule gauche dans la norme.

Le test d'effort réalisé ce jour est incomplet, bien qu'il soit doublement négatif. A ce titre et au vu des nombreux facteurs de risque cardiovasculaire présents dont le diabète, je préconiserais de réaliser une imagerie de stress afin de pouvoir mieux évaluer les risques [sic] d'ischémie myocardique. Je remercie ainsi le Dr H._____, qui nous lit en copie, d'organiser cet examen au plus vite.

On observe également une hypertension diastolique discrète au repos ainsi qu'une hypertension diastolique modérée au pic de l'effort. De plus, l'échocardiographie met en évidence une hypertrophie concentrique discrète témoignant d'une hypertension difficilement contrôlable. Je proposerai de réadapter le traitement antihypertenseur selon le résultat du REMLER que tu as déjà programmé. Idéalement, je débuterais un IEC [inhibiteur de l'enzyme de conversion] ou un Zartan par exemple du Lisinopril 5 mg une fois par jour et ceci en raison d'un remodeling du ventricule gauche et du diabète de type II.

[...]

Finalement, en reprenant l'anamnèse en présence du mari, la patiente présenterait plusieurs épisodes d'apnée et de ronflement pendant la nuit. Je pense ainsi qu'il serait souhaitable d'organiser un dépistage d'un syndrome du sommeil. Avec ton autorisation implicite, je me permets de demander au Dr K. _____ qui nous lit en copie, de convoquer la patiente dans les plus brefs délais.

Pour terminer, j'ai expliqué à la patiente l'importance d'entreprendre une meilleure hygiène de vie, en débutant une activité physique et en essayant de perdre du poids.

[...] » ;

- un rapport du 26 janvier 2018 de la Dre L. _____, qui a expliqué avoir vu l'assurée le même jour, laquelle s'était présentée avec un état général conservé. Elle était asymptomatique. Le status était sans particularité et le poids actuel de 120 kg. La médecin avait effectué le contrôle par un scanner du 17 janvier 2018, qui n'avait pas mis en évidence une récurrence locale ou à distance. Une lésion du rein droit avait été reconstrôlée le 24 janvier 2018. Cette lésion était revenue à une formation corticale solide de 35 mm qui n'était pas compatible avec un kyste. Cette anomalie, sur les différents examens, évoquait une lésion d'aspect bénin. Il n'y avait pas d'autre particularité ;

- un rapport du 15 mai 2018 de la Dre U. _____, qui outre le diagnostic de sarcome stromal endométtrial de haut grade et les interventions en relation, a posé les diagnostics ayant également un impact sur l'état de santé actuel de l'intéressée d'hypertension artérielle, de diabète type II, d'obésité, de syndrome d'apnées du sommeil, non appareillé, de goitre euthyroïdien sous traitement freinateur, de probable état anxiodépressif latent réactionnel et de très probable syndrome fibromyalgique. La Dre U. _____ a ajouté que l'assurée était actuellement sous suivi oncologique régulier. Elle était principalement handicapée par de multiples douleurs ostéo-articulaires très vraisemblablement intégrées en partie dans

un contexte de syndrome fibromyalgique, mais également de troubles dégénératifs. Il semblait illusoire, actuellement, de prévoir la reprise de son activité professionnelle précédente, en tout cas à court terme. Un programme de physiothérapie, de même qu'un suivi psychologique, avaient été proposés à la dernière consultation et l'intéressée allait bénéficier d'un suivi régulier à sa consultation pour suivre l'évolution de la situation.

Par avis du 17 juillet 2018, le Dr Z. _____ a considéré ce qui suit :

« [...]

Le rapport de cardiologie du Dr J. _____ du 11 septembre 2017 objective une fraction d'éjection du ventricule gauche normale et l'absence de trouble du muscle cardiaque avec un test d'effort doublement négatif, c'est-à-dire rassurant. Le compte-rendu de consultation d'oncologie du 26 janvier 2018 confirme la rémission complète du sarcome tant sur le plan clinique que radiologique. Dans ce dernier courrier, l'état général de notre assuré est qualifié de conservé par le spécialiste consultant.

Le syndrome des apnées du sommeil non traité n'est pas [de] nature à justifier des empêchements durables.

Les pièces médicales versées depuis notre précédent avis ne sont pas de nature à modifier notre position. »

Le 20 juillet 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée que sa contestation et les rapports médicaux n'apportaient aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de leur position et qu'une décision sera prochainement rendue.

Par décision du 10 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et fixé le montant à verser à titre de rente pour la période d'octobre 2016 à février 2017, déduction faite des indemnités journalières perte de gain versées.

B. Par acte du 24 janvier 2019, R. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la

décision susmentionnée. En substance, elle indiquait que depuis le désaccord qu'elle avait déjà exprimé le 25 avril 2018, son état de santé s'était encore aggravé. Elle dépendait totalement de sa famille. Selon ses médecins, sa situation n'allait pas s'améliorer. Elle estimait dès lors ne pas pouvoir travailler dans ces conditions.

Par décision du 21 février 2019, la juge instructrice a accordé à l'intéressée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} février 2019, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Stève Kalbermatten.

L'intimé a répondu le 26 mars 2019 et conclu au rejet du recours. Il renvoyait à l'avis du Dr Z. _____ du 17 juillet 2018, ainsi qu'aux rapports du Dr J. _____ du 11 septembre 2017 et de la Dre L. _____ du 26 janvier 2018.

Par décision du 28 mars 2019, la juge instructeur a pris acte du retrait par la recourante de sa demande d'assistance judiciaire, l'intéressée ayant expliqué que sa protection juridique, respectivement celle de son époux, prendrait le cas en charge.

Aux termes d'une réplique du 29 avril 2019, la recourante, par son conseil, a fait valoir que la situation n'était pas aussi limpide que l'intimé la présentait. Ses multiples affections l'empêchaient de reprendre une activité adaptée le 1^{er} décembre 2016 ainsi qu'également actuellement. Elle a requis l'audition des Dres F. _____ et U. _____ et la mise en œuvre d'une expertise médicale. En annexe à son écriture, elle a en outre produit les deux rapports suivants :

- un rapport du 27 mars 2019 de la Dre U. _____, qui a répondu comme suit aux questions de Me Kalbermatten :

« 1. [De quelle(s) affection(s) à la santé souffre Mme R. _____ ?]

Diagnostics :

- Sarcome stromal endométrial de haut grade traité par hystérectomie totale, annexectomie gauche et salpingectomie droite par laparotomie en octobre 2015, puis curage lombo-aortique pelvien bilatéral et ovariectomie droite en janvier 2016. Laparoscopie exploratrice, washing péritonéal, adhésiolyse pariéto-épiploïque, excision d'un nodule péritonéal suspect en mai 2016. Radiothérapie adjuvante en juin et juillet 2016.
- État anxio-dépressif réactionnel
- Obésité
- Hypertension artérielle
- Diabète de type II
- Syndrome d'apnées du sommeil non appareillé
- Goître euthyroïdien sous traitement freinateur
- Probable syndrome fibromyalgique

2. [Cette affection ou ces affections ont-elles des conséquences sur sa capacité de travail ? Si oui, lesquelles ?]

Les diagnostics ci-dessus, notamment la situation oncologique et le syndrome anxio-dépressif qui en résulte [sic], ont clairement des conséquences sur la capacité de travail de Madame R. _____, de même que son syndrome fibromyalgique qui inclut de multiples douleurs ostéo-articulaires.

3. [Quels sont actuellement les traitements (y compris prise de médicaments) en cours en faveur de Mme R. _____ ?]

Suivi médical régulier, notamment sur le plan oncologique, traitement médicamenteux relativement conséquent incluant un traitement diabétique oral, un traitement anti-hypertenseur et un traitement à visée psychogène.

4. [Quels sont leur impact sur la patiente (vie de tous les jours, ménage, travail) ?]

Douleurs ostéo-articulaires diffuses quotidiennes, fatigue extrêmement importante et troubles anxieux avec un impact sur la qualité de vie de Madame R. _____.

5. [Quelle est l'évolution probable de l'état de santé de Mme R. _____ ?]

Evolution difficile à évaluer, dépendant de l'évolution au niveau psychologique, au niveau du poids, ainsi qu'au niveau naturellement oncologique.

6. [Estimez-vous que le 1^{er} décembre 2016, Mme R. _____ était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée ?]

Non

7. [S'il y en a un (sic), quel type d'activité pourrait exercer Mme R. _____ ?]

A évaluer en fonction de l'évolution, pas d'activité adaptée actuellement.

8. [Estimez-vous qu'à ce jour, Mme R._____ est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée ?]

Non

[...] » ;

- un rapport du 29 mars 2019 de la Dre F._____, qui a répondu aux mêmes questions de Me Kalbermatten. Elle a indiqué que la recourante souffrait d'un sarcome stromal endométrial de haut grade et des interventions en relation, d'un goitre euthyroïdien sous traitement freinateur, d'hypertension artérielle traitée, d'un syndrome d'apnée du sommeil, d'obésité et d'un diabète de type II. Ces affections avaient des conséquences sur la capacité de travail de l'intéressée, sous la forme d'une fatigue intense (suite aux différents traitements), d'un œdème des membres inférieurs, d'une ménopause prématurée introgène et d'un état anxio-dépressif consécutif au diagnostic. Elle avait des traitements antihypertenseur, antidiabétique oral et freinateur pour la thyroïde, complétés par la prise de vitamines et compléments alimentaires. Cette médecin expliquait également que les impacts des traitements pris par la recourante étaient une fatigue intense, des bouffées de chaleur invalidantes, des troubles somatoformes rendant la marche et l'activité de ménage difficile, des douleurs pelviennes chroniques et lombaires, ainsi qu'une probable arthrose. L'évolution était lentement favorable de manière stable, actuellement en rémission. Mais le risque de récurrence du cancer impactait la santé psychique de l'intéressée. Selon la Dre F._____, la recourante n'était pas capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée le 1^{er} décembre 2016 ou à ce jour. Elle présentait des difficultés dans les tâches de la vie quotidienne. Dans ce cadre, elle bénéficiait d'une grande aide de son entourage. Elle essayait d'avoir des activités physiques, telle que la marche, mais elle présentait alors des difficultés avec coups de fatigue et fourmillements notamment. La Dre

F._____ avait proposé à l'intéressée d'avoir un suivi psychoncologique, ce qu'elle avait pour l'instant refusé.

Dans une duplique du 15 mai 2019, l'intimé a confirmé sa position.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité non limitée dans le temps, soit perdurant au-delà du 28 février 2017.

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/aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches

(art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 et 3 LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet

d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Ces avis médicaux ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il convient de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Ils ne posent cependant pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent ainsi une appréciation sur celles déjà existantes (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées ; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Il convient de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées).

5. En l'espèce, il est admis que la recourante présente un statut d'active de 100 %. Dans son rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 décembre 2017, l'enquêtrice a en effet notamment expliqué que l'intéressée avait besoin de percevoir l'argent d'une activité à plein temps et qu'un tel taux était désormais possible compte tenu de l'âge et, partant, de l'autonomie de ses enfants. L'intimé a retenu ce statut d'active de 100 % (cf. décision du 10 janvier 2019) et la recourante n'a pas contesté ce point. Rien ne justifie de s'en écarter, de sorte qu'il est retenu

que, si l'intéressée n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait travaillé à temps plein.

Il est également constant que l'intéressée ne peut plus exercer son activité habituelle de femme de ménage. Se pose en revanche la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Sur le plan oncologique, le diagnostic de sarcome stromal endométrial de haut grade a été posé (cf. notamment rapports du 4 janvier 2016 de la Dre F._____, du 12 mai 2016 de la Dre U._____, et du 2 novembre 2016 de la Dre L._____.). Le Dr Z._____ a estimé que la recourante était en incapacité de travail totale, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, jusqu'au 30 novembre 2016, soit quatre mois après l'arrêt du traitement ayant permis d'éliminer ledit sarcome (cf. rapport du 29 août 2017). Il a ainsi fixé le début de l'aptitude à la réadaptation au 1^{er} décembre 2016. On comprend qu'à cette fin, il s'est référé au rapport de la Dre L._____ du 2 novembre 2016, produit le 17 août 2017 mais indiqué par erreur par le Dr Z._____ comme ayant été envoyé par courrier du 17 août 2016. Il ressort en effet de ce rapport que le traitement du sarcome s'est terminé par deux séances de curiethérapie en août 2016. Les scanners effectués ensuite ont confirmé l'absence de récurrence locale ou à distance (scanner du 27 octobre 2016 mentionné dans le rapport du 2 novembre 2016 de la Dre L._____, scanners des 17 et 24 janvier 2018 évoqués dans le rapport de la Dre L._____ du 26 janvier 2018 produit le 17 mai 2018, rapport du 3 mai 2017 du Dr C._____.). Le Dr Z._____ a ainsi considéré que quatre mois après la curiethérapie, la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles consécutives aux séquelles après traitement du sarcome. Sur ce point, il s'est référé au rapport du 29 novembre 2016 de la Dre F._____, qui retenait que l'intéressée ne pouvait pas maintenir une station debout prolongée ni fournir un effort physique important. Sur cette base, l'intimé a retenu dans la décision litigieuse qu'aucun préjudice économique pour la recourante ne découlait de ces limitations fonctionnelles. En application de

l'art. 88a RAI, il a par conséquent supprimé la rente octroyée pour la durée du traitement trois mois après que l'intéressée a recouvré une capacité de travail excluant cette prestation, soit au 28 février 2017.

b) La recourante soutient qu'elle présente d'autres atteintes incapacitantes que celles retenues par le Dr Z._____ et l'intimé, lesquelles ne lui permettent pas de reprendre une activité même adaptée.

Outre le diagnostic de sarcome stromal endométrial de haut grade, les Dres U._____ et F._____ ont en effet posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hypertension artérielle, de diabète de type II, d'obésité, de syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, de goitre thyroïdien sous traitement freinateur, de probable état anxio-dépressif latent réactionnel et de très probable syndrome fibromyalgique (cf. rapports des 15 mai 2018 et 27 mars 2019 de la Dre U._____, rapport du 29 mars 2019 de la Dre F._____). La Dre U._____ estimait que notamment la situation oncologique, le syndrome anxio-dépressif ainsi que le syndrome fibromyalgique avaient clairement des conséquences sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapports des 26 avril et 15 mai 2018 et 27 mars 2019). L'intéressée présentait ainsi des douleurs ostéo-articulaires, une fatigue extrêmement importante et des troubles anxieux avec impact sur la qualité de vie. Elle était toujours incapable de travailler à temps plein dans une activité adaptée le 27 mars 2019. La Dre F._____ expliquait que les affections de la recourante avaient des conséquences sur sa capacité de travail, sous la forme d'une fatigue intense (suite aux différents traitements), d'un œdème des membres inférieurs, d'une ménopause prématurée introgène et d'un état anxio-dépressif consécutif au diagnostic (cf. rapport du 29 mars 2019). En outre, les impacts des traitements pris par l'intéressée étaient une fatigue intense, des bouffées de chaleur invalidantes, des troubles somatoformes rendant la marche et l'activité de ménage difficile, des douleurs pelviennes chroniques et lombaires, ainsi qu'une probable arthrose. Pour cette médecin également, la recourante était toujours incapable de travailler à 100 % dans une activité adaptée le 29 mars 2019.

La Dre F._____ avait d'ailleurs déjà indiqué en novembre 2016 que l'intéressée présentait des douleurs abdominales séquellaires, des œdèmes au niveau des membres inférieurs ensuite de l'intervention concernant le sarcome, des céphalées rendant difficilement imaginable la reprise d'une activité (cf. rapport du 29 novembre 2016). Elle relevait en outre que la recourante était très affaiblie par les traitements autant sur le plan physique que psychique. Compte tenu de ce qui précède, il est dès lors surprenant que le Dr Z._____ ait considéré qu'aucun des médecins ne retenait une incapacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 29 août 2017). Cette constatation est d'autant plus incompréhensible que la Dre Q._____ avait reconnu à l'intéressée la persistance d'une incapacité de travail totale dans toute activité en décembre 2016, compte tenu d'une très grande fatigue qu'elle mettait en relation avec la radiothérapie effectuée (cf. rapport du 19 décembre 2016). Il ressort de ce rapport du 29 août 2017 que le Dr Z._____ s'est en outre contenté de prendre en considération le protocole thérapeutique d'octobre 2015 au 27 octobre en relation avec le sarcome. Or, le traitement de la recourante ne s'arrête pas là, celle-ci recevant en effet des traitements médicamenteux relativement conséquents incluant un traitement diabétique, un traitement antihypertenseur, un traitement à visée psychogène et un traitement freinateur pour la thyroïde (cf. notamment rapports du 27 mars 2019 de la Dre U._____ et du 29 mars 2019 de la Dre F._____).

Malgré ce qui précède, l'intimé a considéré et maintenu que la recourante pouvait travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1^{er} décembre 2016 (cf. décision litigieuse du 10 janvier 2019, réponse du 26 mars 2019 et duplique du 15 mai 2019), en se fondant sur les rapports du Dr Z._____, soit celui déjà mentionné du 29 août 2017, ainsi que celui du 17 juillet 2018 - invoqué par l'intimé notamment dans sa réponse. On croit comprendre de ce dernier rapport que le Dr Z._____ n'a pas retenu les atteintes et incapacités de travail susmentionnées, au motif que la Dre L._____, oncologue, avait confirmé la rémission du sarcome tant sur le plan clinique que radiologique et indiqué que la recourante présentait un état général

conservé (cf. rapport de la Dre L._____ du 26 janvier 2018). Or, dans ses deux rapports des 2 novembre 2016 et 26 janvier 2018, la Dre L._____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'intéressée. En outre, elle a logiquement discuté des suites du sarcome, qui avait effectivement disparu à la suite des interventions et traitements. Il n'est cependant pas possible en l'état de tirer de ces deux rapports d'autres conclusions qui porteraient sur les diagnostics et limitations décrites par les Dres F._____ et U._____. Quand bien même cela serait le cas, l'avis de l'oncologue sur des atteintes qui ne relèvent pas de sa spécialisation ne saurait être déterminant.

c) En définitive, force est de constater que les problématique évoquées ci-dessus n'ont pas été instruites par l'intimé. On pense notamment à la fatigue intense que plusieurs médecins ont relevé, et cela depuis plusieurs années. Il convient en outre de relever qu'aucun médecin n'a écarté les atteintes mentionnées par les Dres F._____ et U._____ ou n'a considéré que la recourante pourrait travailler à 100 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} décembre 2016, les deux médecins susmentionnées ainsi que la Dre Q._____ retenant précisément l'inverse. En s'écartant ainsi de l'avis de ces médecins sans fonder son avis sur une opinion médicale déjà existante, le Dr Z._____ n'a pas procédé à la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, mais a posé de nouvelles conclusions médicales. Cette manière de faire est contraire à la jurisprudence fédérale (cf. consid. 4 *supra*). Les rapports du médecin du SMR ne sauraient ainsi être considérés comme probants. Par ailleurs, il semble que la recourante est également suivie par un spécialiste en endocrinologie-diabétologie, le Dr W._____ (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 décembre 2017). Pourtant, de manière surprenante, aucun rapport n'a été sollicité auprès de ce médecin.

d) Par conséquent, en l'absence d'une appréciation médicale exhaustive prenant en compte les interactions entre les plans somatique et psychique permettant de se prononcer sur le maintien, la réduction ou la suppression de la rente allouée, l'intimé devait compléter l'instruction.

Cette conclusion est d'ailleurs confirmée par la teneur du rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 décembre 2017. L'enquêtrice y a en effet elle-même relevé que « la situation observée à domicile, de même que les limitations décrites par l'assurée sembl[ai]ent relativement importantes, mais [n'étaient] pas clairement documentées dans le dossier » et estimait ainsi qu'un complément d'information médicale était nécessaire. Curieusement, l'intimé n'en a pas tenu compte sans donner d'explications et a directement rendu son projet de décision du 16 avril 2018.

Partant, il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets de médecine interne, diabétologie et psychiatrique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision.

e) Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à l'audition des Dres F._____ et U._____.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 10 janvier 2019 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 et 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de dépens fixée à 1'000 fr. (mille francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :