

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 novembre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Reinberg
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette,
avocat au sein de Procap, à Bienne,

et

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

Art. 28 al. 1 LAI ; art. 43 LPG

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a travaillé en qualité de [ouvrière] pour la société B._____ depuis le 1^{er} avril 1996.

Souffrant d'un cancer du sein droit décelé le 8 mai 2014 et se trouvant en incapacité de travail depuis le 19 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations le 15 septembre 2014 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 20 juin 2014, l'assurée a bénéficié d'une tumorectomie aux Etablissements Hospitaliers C._____.

Dans un rapport du 25 septembre 2014, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, hématologie et oncologie médicale, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de carcinome canalaire invasif du sein droit. Elle a indiqué que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de [ouvrière] dès le 20 juin 2014 en raison de la fatigabilité liée aux traitements de chimiothérapie en cours. Le traitement consistait en une chimiothérapie adjuvante pour une durée de six mois, suivie d'une radiothérapie. La Dre D._____ a rappelé que le pronostic était toujours réservé dans le cadre d'un cancer du sein, mais l'a qualifié de bon à court terme. S'agissant de la reprise, elle a rapporté ce qui suit : *« A réévaluer à la fin des traitements de radiothérapie, mais probablement à 50% à partir de mars-avril 2015 »*.

Dans le formulaire 531bis (« DETERMINATION DU STATUT [PART ACTIVE / PART MENAGERE] ») complété le 16 octobre 2014, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé elle travaillerait à un taux de 100 %.

Dans un rapport du 16 octobre 2014 aux Etablissements Hospitaliers C._____, la Dre D._____ a fait état de plaintes essentiellement liées au syndrome de ménopause (bouffées de chaleur très gênantes, douleurs articulaires plus marquées au niveau des membres inférieurs et discrets troubles de l'humeur) en cours de traitement. Sur le plan fonctionnel, elle a relevé que sa patiente était gênée par des douleurs de l'avant-bras droit.

L'assurée a été licenciée le 31 décembre 2014 en raison des difficultés financières de son employeur.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 20 novembre 2014, l'assurée percevait un salaire annuel soumis à l'AVS de 54'000 francs au taux d'activité de 100 %.

La Dre D._____ a répondu comme il suit aux questions du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) dans un rapport du 26 juin 2015 :

« 1) Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Evolution favorable à la suite des traitements de chimiothérapie et radiothérapie adjuvante qui se sont terminés fin janvier 2015. Cependant des brachialgies D du côté opéré persistent et rendent pour l'instant impossible une reprise professionnelle dans son activité.

2) Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

100 % depuis le 20.06.2014 - jusqu'à ce jour et encore en cours.

3) Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Une activité adaptée serait une activité où la patiente n'est pas active avec son bras D.

4) Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Brachialgies invalidantes ne permettant à la patiente, même dans ses activités quotidiennes, de ne pouvoir utiliser son bras de manière efficace.

5) Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

100 % depuis le 20.06.2014 jusqu'à ce jour, toujours en cours.

6) Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Pas de traitement actif en cours. »

Dans son avis du 29 septembre 2015, le Dr E._____, médecin au SMR, a fixé le début de l'incapacité de travail durable le 19 juin 2014. Il a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible. S'agissant d'une activité adaptée, il a retenu qu'une réadaptation à 50 % était exigible dès le 1^{er} avril 2015, avec une reprise à 100 % dès le 20 juin 2015. Le Dr E._____ a fixé les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges et pas de mouvements répétitifs du bras droit.

Par communication du 22 janvier 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle au Centre F._____ du 8 février 2016 au 4 mai 2016.

Le 3 mars 2016, dans un rapport aux Etablissements Hospitaliers C._____, la Dre D._____ a fait état d'une fatigue importante ainsi que de bouffées de chaleur toujours très gênantes qui l'empêchaient de dormir et rendaient la fatigue encore plus marquée. Un essai de traitement des troubles liés à la ménopause par Serelys® n'avait pas permis de bons résultats, la Dre D._____ proposant de reprendre le traitement pour une plus longue durée afin d'obtenir une réponse thérapeutique.

L'assurée a suivi une mesure d'orientation professionnelle au Centre F._____ du 8 février au 4 mai 2016 afin de vérifier son employabilité en qualité d'assistante de bureau ou de réceptionniste, ainsi que pour définir le niveau de formation qui lui était accessible (rapport du 25 mai 2020). S'agissant du taux d'activité durant la mesure, l'F._____ a expliqué que le taux de présence prévu pour le stage était de 50 % le premier mois, de 80 % le deuxième et de 100 % le troisième mois. Le centre a indiqué que l'assurée a suivi le stage au taux de 50 % durant le premier mois, au même taux durant le deuxième mois au bénéfice d'un certificat médical (Dr G._____, spécialiste en médecine interne

générale, 7 mars 2016) et à 80 % puis à 50 % durant le troisième mois, également au bénéfice de certificats médicaux (Dr G._____, 8 avril 2016 et 16 avril 2016). Sous la rubrique « accessibilité physique au milieu de travail », l’F._____ a relaté ce qui suit à l’intention de l’OAI :

« Fatigue importante tout au long de la mesure. Le taux est resté à 50 % et n’a pas pu être augmenté (sauf une semaine à 80 % où votre assurée s’est sentie en bout de force). Les nuits sont difficiles en raison des bouffées de chaleur. Les douleurs au bras ont été présentes depuis le début, mais l’intensité a augmenté et la douleur s’est répandue sur le haut du corps.
Le mardi, journée plus longue (mais pas entière) = la fatigue en fin de journée est encore plus importante. »

Dans son rapport à l’OAI du 7 juin 2016, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post tumorectomie avec recherche du ganglion pour un carcinome canalaire le 20 juin 2014, de status post chimiothérapie adjuvante en 2014, de status post radiothérapie mammaire en 2014-2015, de syndrome de fatigue chronique post chimiothérapie avec trouble hormonal (diaphorèse) et de tendinopathie du sus épineux avec une petite déchirure incomplète distale, associée à une bursite sous deltoïdienne et à une arthrose acromio-claviculaire (depuis 2013), avec rétraction cicatricielle thoracique antérieure droite post tumorectomie et radiothérapie. Il a indiqué que des investigations orthopédiques étaient en cours. Il a fait état d’une incapacité de travail à 100 % dans l’activité de [ouvrière] en raison des douleurs au bras droit. Il a estimé que dans une activité adaptée, l’assurée bénéficiait d’une capacité de travail de 50 %, soit 4 heures par jour, en raison de la fatigabilité. Le Dr G._____ a fait l’anamnèse suivante s’agissant du syndrome de fatigue chronique diagnostiqué :

« Elle présente depuis sa deuxième cure de chimiothérapie un état de fatigue chronique qui se manifeste dans le quotidien dès la deuxième partie de la deuxième journée avec une limitation dans ses activités professionnelles et privées. Elle décrit également des épisodes de sudation profuses cycliques et des troubles du sommeil sans amélioration significative sous différents essais de phytothérapie et acupuncture. Un traitement d’hormones est strictement contre-indiqué. Une première évaluation de l’AI a été faite en 2014 par la Dr D._____ (...) avec une demande de réinsertion professionnelle. L’oncologue, la Dr D._____ a prolongé son incapacité de travail durant l’année 2015 et jusqu’au 8 février 2016. Une réinsertion AI a donc commencé depuis le 8 février 2016

(F._____) à 50 % le premier mois, 80 % le deuxième mois et 100 % le dernier mois (...). Le 80 et le 100 % de capacité de travail n'a pas été possible par la patiente dans le cadre de son état de fatigue et d'une augmentation des douleurs dans le MSD et en regard de la cicatrice de la tumorectomie. »

Par rapport du 13 juillet 2016 à l'OAI (cf. aussi rapport du 19 juillet 2016 adressé au Dr G._____), le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lésion partielle du tendon supra-épineux droit depuis 2013 et le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de status post tumorectomie avec chimiothérapie et radiothérapie en 2014. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle depuis le 15 juillet 2016 et renvoyé au Dr G._____ s'agissant des arrêts de travail avant cette date. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas d'activité avec effort (charge maximale de 2-5 kg), avec mobilisation répétitive du membre supérieur droit ou avec mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Il a estimé la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle une fois la situation clinique stabilisée.

En présence d'une situation médicale difficile à évaluer (avis SMR du 29 mars 2020), l'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique au SMR. Dans son rapport du 19 juin 2017, qui faisait office de rapport final SMR, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie dans ce service, a posé le diagnostic principal avec incidence sur la capacité de travail de douleurs du sein et du membre supérieur droit avec limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre d'un status après tumorectomie, suivi d'une radiothérapie et avec un status après périarthrite scapulo-humérale droite, avec tendinopathie fissuraire insertionnelle du tendon du muscle supra-épineux, arthropathie acromio-claviculaire congestive et bursite sous-acromiodeltoïdienne (M75). Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit et pas de mouvements répétés de l'épaule droite. Pour le Dr I._____,

l'incapacité de travail datait du 19 juin 2014. Le degré d'incapacité de travail est resté complet dans l'activité de [ouvrière] depuis le 19 juin 2014 et ceci malgré le fait que, depuis le mois de mars 2017, l'assurée ait repris cette activité à domicile au taux de 50 %. Le Dr I._____ a indiqué que l'assurée travaillait au-dessus de ses forces. En revanche, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} mai 2015, soit trois mois après la fin de la radiothérapie et de 100 % dès le 20 juin 2015, soit un an après la tumorectomie. S'agissant de la fatigabilité, on extrait ce qui suit de l'appréciation du Dr I._____ :

« (...)

Par la suite (ndr. : de la tumorectomie pratiquée au mois de juin 2014), l'assurée a eu, de juillet à novembre 2014, 2 x 3 cycles de chimiothérapie, qui s'est compliquée de fatigue, de nausées, d'une alopecie, de douleurs musculaires prenant les jambes, les bras, les mains, ainsi que d'une aphtose, complications connues des chimiothérapies pour le sein.

De décembre 2014 à janvier 2015, elle a eu 33 séances de radiothérapie sur le sein D, qui ont été fatigantes. Depuis lors, l'assurée est toujours très fatiguée, cette fatigue augmentant au fil de la journée. Depuis les traitements, l'assurée a également des bouffées de chaleur toutes les ½ heures, surtout pendant la nuit, qui l'empêchent de bien dormir. Elle a pris, pour ses bouffées de chaleur, des traitements homéopathiques, qui n'ont pas été efficaces. Le Dr G._____ lui a maintenant prescrit de la mélatonine 5 mg 1 fois le soir au coucher, qui lui permet de mieux dormir. Elle est tout de même réveillée 4 à 5 fois par nuit avec la mélatonine, mais peut mieux se rendormir.

(...).

Actuellement, ce qui dérange le plus l'assurée sont la fatigue, les douleurs du MSD et les bouffées de chaleur, qui sont permanentes.(...).

(...)

L'assurée signale une dyspnée à 18 marches d'escaliers. Elle présente des précordialgies sous forme d'angoisses lorsqu'elle est angoissée et anxieuse. Elle présente également des palpitations en cas d'angoisses. Elle présente parfois des nausées avec des vertiges. Son poids est cependant stable et son transit régulier. L'assurée signale également des céphalées frontales à caractère continu, s'accompagnant de phonophobie, mais pas de nausées ou de photophobie et apparaissant surtout le matin au réveil.

(...)

Par contre, dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune raison biomécanique pour attester une IT et la CT dans une activité strictement adaptée aux LF requises par la pathologie ostéoarticulaire et les douleurs du sein est donc complète. D'ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne et l'assurée n'est pas fatigable en cours d'examen. Par ailleurs, la

fatigue ne peut s'expliquer à plus de 2 ans des traitements chimiothérapeutiques et radiothérapeutiques.
(...)

Dans un rapport du 2 mars 2017, la Dre D._____ a relayé les plaintes de la recourante concernant sa fatigabilité.

Par communication du 8 mars 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée un bilan d'orientation professionnelle (6 à 10 entretiens) auprès de la psychologue du travail J._____. Il ressort d'une note d'entretien du 18 mai 2018 entre l'assurée, les spécialistes en réadaptation de l'AI et la psychologue du travail mandatée que cette dernière considère l'intéressée comme « sérieuse » et « fiable ». Quant à l'assurée, elle a déclaré ne pas pouvoir travailler à plus de 50 % en raison d'une grande fatigabilité mise sur le compte de la longue attente dans la procédure AI, des problèmes financiers et des insomnies liées à une fragilité psychique réactionnelle.

Par communication du 1^{er} juin 2018, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle (recherche de stage) auprès de la Fondation K._____. A la suite de cette démarche, l'OAI a pris en charge les frais d'un stage au taux d'activité de 50 % dans une garderie d'U._____ du 3 septembre au 2 décembre 2018 (communication du 12 septembre 2018), mesure ensuite prolongée jusqu'au 30 juin 2019 (communication du 14 novembre 2019). A côté de ce stage, l'assurée a également travaillé à 10 % dans un jardin d'enfants à L._____. En outre, l'OAI a également pris en charge une formation d'auxiliaire générale « pré et parascolaire » auprès de M._____ du 17 janvier au 27 juin 2019.

Il ressort d'une note d'entretien du 15 février 2019 entre le responsable de l'OAI et la garderie d'U._____, que le 60 % effectué par l'assurée (soit 50 % à la garderie et 10 % au jardin d'enfants) était « véritablement un maximum pour elle en raison de sa fatigabilité ».

Le 26 mars 2019, le Dr G._____ a attesté d'une fatigue chronique présente depuis le cancer intervenu en 2014. Il a préconisé une capacité de travail de 60 %. Le 18 avril 2019, la Dre D._____ a

également attesté d'une fatigabilité et de brachialgies droites, proposant une capacité de travail de 60 %.

Interrogé le 14 mai 2019 par le service de réadaptation sur la question de la fatigabilité, le Dr I._____ a répondu que la question ne relevait pas de la rhumatologie et conseillé de soumettre le dossier à la permanence SMR. Dans un courrier électronique adressé le même jour à la responsable SMR pour le canton de Vaud, le Dr I._____ a écrit ce qui suit :

« Cependant, elle se plaint de fatigue et son oncologue et le médecin TT attestent toujours d'une IT de 40% en raison de cette fatigabilité même dans une AA. Mr [...] de la REA 2 m'a envoyé un mail me demandant si c'était normal d'être fatigué 4 ans après une chimio et RXTT. Je ne pense pas que ce soit habituel, mais suis plutôt emprunté pour lui répondre, cette question relevant plus de l'oncologie et des médecins de dossiers. Par ailleurs, les médecins traitants ne précisent pas exactement la raison de cette fatigabilité. D'autres hypothèses pourraient entrer en ligne de compte (état dépressif, insomnies sur douleurs ?) »

L'assurée a été engagée à un taux d'activité de 50 % à la garderie d'U._____ du 1^{er} août 2019 au 30 juin 2020 pour un salaire annuel brut de 21'379 fr., représentant 53'447 fr. pour un taux d'activité de 100 %. En conséquence, l'OAI a prolongé la mesure de reclassement du 1^{er} au 31 juillet 2019 par communication du 5 juin 2019.

Dans un rapport à l'OAI du 2 juillet 2019, le Dr G._____ a exposé que sa patiente présentait un syndrome de fatigue chronique sans origine électrolytique, rénale, hépatique, métabolique, vitaminique, thyroïdienne, infectieuse ou cœliaque. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire clinique ou biologique ni de trouble de la tension artérielle ou d'apnées du sommeil. Il a indiqué que cette fatigue était présente depuis la ménopause médicalisée dans un contexte de cancer du sein avec des troubles du sommeil et une importante sudation à prédominance nocturne. Il a précisé qu'un essai d'antidépresseur empirique n'avait pas produit de résultat. La fatigue semblait être de nature somatique et sans élément sur le plan psychiatrique pour suspecter un état dépressif franc ou d'autres pathologies sous-jacentes.

Dans son rapport final du 24 juillet 2019, la Fondation K._____ a indiqué que le taux d'activité de 60 % a été tenu par l'assurée, relevant qu'elle avait ressenti passablement de fatigue.

Le dossier a été à nouveau soumis au SMR. Dans un avis médical du 5 août 2019, la Dre N._____, médecin dans ce service, a estimé que la baisse de la capacité de travail à 50 % n'était pas justifiée par une atteinte à la santé au plan somatique et psychiatrique. Elle n'a pas identifié de nouvelles atteintes. Elle a indiqué que la sensation de fatigue éprouvée par l'assurée semblait liée à la ménopause médicalisée depuis le cancer du sein, atteinte qui n'était, en principe, pas reconnue comme durablement incapacitante au sens de l'Al.

Par projet de décision du 30 août 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait le rejet de la demande de prestation de l'assurée. Retenant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, l'OAI a calculé un degré d'invalidité de 3,5 % basé sur un revenu sans invalidité de 55'363 fr. 40 (selon le questionnaire pour l'employeur complété le 20 novembre 2014, indexé à 2019) et un revenu d'invalidité de 53'447 fr. (selon le contrat de travail auprès de la garderie d'U._____).

Le 27 novembre 2019, l'assurée a adressé ses objections au projet susmentionné. Elle a notamment contesté la capacité de travail retenue par l'OAI dans une activité adaptée. Elle a produit à l'appui de ses objections les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 26 novembre 2019 du Dr O._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, qui indique que l'assurée est fatiguée en raison d'un syndrome climatérique intense lié à la ménopause qui l'empêche de dormir la nuit. Ce spécialiste a précisé qu'en raison du cancer, une hormonothérapie n'était pas possible.

- Un rapport du 14 novembre 2019 de la Dre D._____ qui a rappelé que la capacité de travail de l'assurée était limitée par les traitements adjuvants et que l'intéressée subissait encore les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

Par décision du 19 décembre 2019, l'OAI a confirmé le projet de décision du 30 août 2019.

B. Par acte du 3 février 2020, A._____, désormais assistée par Me Séverin Tissot-Daguette, avocat au sein de Procap, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a en outre requis l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avance et des frais judiciaires. Elle fait valoir que les rapports de ses médecins traitants justifient la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 40 % et le versement d'un quart de rente. La recourante reproche à l'OAI des lacunes dans l'instruction concernant la fatigabilité ressentie. Elle soutient que sa fatigue est en relation avec le cancer (*Cancer related fatigue*), ce dernier en étant la cause indirecte, ceci même si plusieurs facteurs devaient interagir entre eux. La recourante fait valoir qu'une telle fatigue doit être prise en charge par l'AI.

Par décision du 28 février 2020, la juge instructrice a octroyé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la mesure d'une exonération d'avances et d'une exonération des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 17 avril 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, en renvoyant principalement à l'avis médical SMR du 5 août 2019. Il produit un nouvel avis SMR du 14 avril 2020 dans lequel la Dre N._____ n'identifie pas de nouvel élément et expose notamment ce qui suit :

« Nous avons aussi fait quelque recherche dans la littérature médicale sur la fatigue suite à un cancer.

Celle-ci pourrait être due :

- au cancer lui-même, mais l'assurée est en rémission clinique et biologique depuis juin 2015.
- à une composante psychique, mais aucune psychopathologie n'a été mise en évidence ; les ressources sont bonnes, l'assurée est soutenue par l'entourage, la vie quotidienne reste structurée (voir examen clinique rhumatologique).
- À une anémie, à une dénutrition/malnutrition, mais le médecin traitant a pu exclure ces causes.
- Aux traitements de chimiothérapie et/ou radiothérapie, mais ces traitements sont terminés en janvier 2015 : il est donc peu probable que les effets secondaires persistent 5 ans après.
- À la douleur, que dans le cas de l'assurée était localisée à niveau de l'épaule droite à cause de l'atteinte rhumatologique, des séquelles de la chirurgie et de la radiothérapie (traitement locorégional à niveau de l'aisselle). L'instruction a permis d'admettre une CT pleine dans une activité d'épargne du membre supérieur droit. »

Répliquant le 26 juin 2020, la recourante a confirmé ses motifs et ses conclusions.

Le 21 octobre 2020, le conseil de la recourante a produit la liste de ses honoraires et débours.

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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 LPGA) 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, plus précisément sur sa capacité de travail résiduelle.

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 (première phrase). 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 (seconde phrase).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

b) 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 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).

c) 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 asséculoologique. 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) Concernant la limitation fonctionnelle relative à la fatigabilité, il sied de relever que le Tribunal fédéral a admis que la fatigue liée au cancer est un syndrome multidimensionnel, qui peut durer plusieurs années après la fin du traitement (ATF 139 V 346 consid. 3). Dans cet arrêt, il a considéré que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'ATF 130 V 352, ne sont pas applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer (*Cancer related fatigue*), dans la mesure où celle-ci est sous-jacente, au moins indirectement, à une cause organique (à noter que le Tribunal fédéral a depuis lors modifié sa pratique concernant le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux ; cf. ATF 141 V 281). En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée au cancer.

5. a) La recourante estime que sa capacité de travail dans une activité adaptée est surévaluée. Elle reproche à l'intimé une instruction médicale lacunaire ne tenant pas compte de la fatigue consécutive au cancer du sein survenu en 2014. Elle se prévaut à cet égard du point de vue de ses médecins traitants, soit en particulier des rapports du Dr G._____ des 7 juin 2016 et 2 juillet 2019, de la Dre D._____ du 14 novembre 2019 et du Dr O._____ du 26 novembre 2019. Elle allègue que la fatigue dont elle souffre depuis l'apparition de son cancer

l'empêche d'exercer une activité lucrative à un taux d'activité supérieur à 60 %. Elle précise que cette fatigue ne relève pas de la ménopause, mais constitue une conséquence du cancer et des thérapies avec des interactions entre plusieurs facteurs.

L'intimé estime que la recourante a présenté une période d'incapacité de travail totale dès le 19 juin 2014, ceci en raison de la tumorectomie et des thérapies qui ont suivi. L'incapacité est restée entière dans l'activité habituelle de [ouvrière] pour des motifs rhumatologiques. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, la capacité de travail était de 50 % dès le 1^{er} mai 2015 et puis de 100 % dès le 20 juin 2015. L'intimé retient que la fatigabilité semble liée à la ménopause médicalisée depuis le cancer du sein et non aux conséquences de la tumeur et de ses traitements. Il se prévaut à cet égard des deux avis SMR des 5 août 2019 et 14 avril 2019.

b) On observe que la recourante souffre d'atteintes à la santé sur le plan ostéoarticulaire (rapport d'examen SMR du 19 juin 2017) et d'une fatigabilité dont l'étiologie est contestée (rapports du Dr G. _____ du 2 juillet 2019, de la Dre D. _____ du 14 novembre 2019 et du Dr O. _____ du 26 novembre 2019 ; rapport du Dr I. _____ du 19 juin 2017 et avis SMR des 5 août 2019 et 14 avril 2019).

Même si les avis médicaux sont en règle générale déterminants pour apprécier la capacité de travail d'un assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3 ; 9C_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3), force est de constater qu'aussi bien l'F. _____ (rapport du 25 mai 2020) que la Fondation K. _____ (rapport du 24 juillet 2019) et la responsable de la garderie à U. _____ (note d'entretien du 15 février 2019) ont aussi constaté les limites de la recourante sur le plan de la fatigabilité.

c) Il faut en premier lieu constater que le rapport d'examen rhumatologique du Dr I. _____ du 19 juin 2017 est fondé sur une étude

circonscrite du dossier de la recourante et sur un examen clinique complet. Ce spécialiste a pris en considération les plaintes de l'intéressée et a établi son appréciation en pleine connaissance du dossier, avec une description du contexte médical, aboutissant à des conclusions claires sur le strict plan ostéoarticulaire. Celles-ci concordent au demeurant avec celles du rapport du Dr H. _____ du 13 juillet 2016.

Dans le cadre de son examen, le Dr I. _____ a relaté les plaintes de la recourante concernant sa fatigue. Il a toutefois estimé que la fatigabilité ne pouvait pas s'expliquer, après plus de deux ans, par la chimiothérapie et la radiothérapie. Il n'a toutefois pas établi les causes de cette fatigabilité. Interrogé le 14 mai 2019 par le service de réadaptation sur cette question, le Dr I. _____ a toutefois écrit à la responsable SMR que les plaintes de la recourante étaient inhabituelles, qu'il était « plutôt emprunté » pour répondre au service de réadaptation et que la question relevait « plus de l'oncologie ». Il a finalement conseillé de soumettre le dossier à la permanence SMR.

Le cas a ainsi été soumis à la Dre N. _____ du SMR. Dans son premier avis du 5 août 2019, cette dernière a repris les différents rapports médicaux au dossier. Elle utilise une forme interrogative s'agissant de mettre en relation la ménopause et la fatigabilité (« la sensation de fatigue éprouvée par l'assurée semblait liée à la ménopause médicalisée depuis le cancer du sein »). Le conditionnel est toujours de mise dans le second avis du 14 avril 2020 produit en procédure s'agissant de l'origine de la fatigue (« Celle-ci pourrait être due : [...] [a]ux traitements de chimiothérapie et/ou radiothérapie, mais ces traitements sont terminés en janvier 2015 : il est donc peu probable que les effets secondaires persistent 5 ans après »). Sur ce plan et sans préjudice quant à l'appréciation du dossier sur le strict plan rhumatologique par le Dr I. _____, on constate que les conclusions du SMR quant à la fatigue dont se plaint la recourante ne permettent ni de définir ni d'exclure l'une ou l'autre des causes qui pourraient être à l'origine de la fatigabilité rapportée par les médecins traitants et les intervenants socioprofessionnels. On ignore également tout de la littérature sur laquelle se fonde la Dre N. _____.

d) Les rapports des médecins traitants ne permettent pas davantage de se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante.

Le 7 juin 2016, le Dr G._____ a indiqué que la recourante présentait un état de fatigue chronique depuis sa deuxième cure de chimiothérapie, accompagné d'épisodes de sudation profuses cycliques et de troubles du sommeil sans amélioration significative sous différents essais de phytothérapie et d'acupuncture. Le traitement hormonal était strictement contre-indiqué. L'OAI a ensuite requis de plus amples informations. Le 2 juillet 2019, le Dr G._____ a rapporté un syndrome de fatigue chronique sans origine électrolytique, rénale, hépatique, métabolique, vitaminique, thyroïdienne, infectieuse, cœliaque ou psychique. Il a exclu un syndrome inflammatoire clinique ou biologique, un trouble de la tension artérielle et des apnées du sommeil. Il a indiqué que cette fatigue était présente depuis la ménopause médicalisée dans un contexte de cancer du sein avec des troubles du sommeil et une importante sudation à prédominance nocturne. Il n'a toutefois pas mis directement en relation la fatigue et la ménopause.

Le rapport du Dr O._____ du 26 novembre 2019 retient l'existence d'un syndrome climatérique intense lié à la ménopause. Il ne précise toutefois ni la cause de ce syndrome ni celle de la fatigabilité, rappelant qu'un traitement usuel par hormothérapie est exclu. Or, le syndrome climatérique rapporté par le Dr O._____ (rapport du 26 novembre 2019) pourrait s'inscrire dans une pathologie multidimensionnelle telle qu'évoquée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4c ci-dessus) pour expliquer des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer. On rappelle en effet que, d'après la jurisprudence, ce sont 30 % à 40 % des victimes de cancer qui peuvent être touchées par un syndrome de *Cancer related fatigue*.

Dans ce contexte, la Dre D._____ fait justement état des conséquences des traitements oncologiques sur la fatigabilité. Pour cette spécialiste, la capacité de travail de l'assurée était limitée par les effets secondaires de la chimiothérapie et de la radiothérapie (rapports des 3 mars 2016 et 14 novembre 2019 ; voir aussi attestations des 2 mars 2017 et 18 avril 2019). Elle est d'avis qu'il existe des effets secondaires liés à la maladie, respectivement aux traitements qui ont suivi. Elle n'explique toutefois pas dans quelle mesure les effets de la maladie, voire les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie, induiraient une limitation. Son rapport, même s'il ne permet ainsi pas de suppléer à de plus amples investigations, montre qu'il n'est pas exclu que la recourante présente un syndrome de type *Cancer related fatigue* avec des effets sur la capacité de travail dans toutes activités.

e) L'ensemble des médecins consultés ont observé une fatigabilité. Le tableau clinique présenté par la Dre D._____ (rapports du 16 octobre 2014 et 3 mars 2016) et le Dr G._____ (rapports du 26 mars 2019 et 2 juillet 2019) rend plausible - au degré de la vraisemblance prépondérante - un syndrome de type *Cancer related fatigue* (cf. Joly F, Lange M, Dos Santos M, Vaz-Luis I, et al. Long-Term Fatigue and Cognitive Disorders in Breast Cancer Survivors, *Cancers* [Basel], 2019 Nov 28;11[12]:1896). Par conséquent, les limitations sur la capacité de travail y relatives doivent être éclaircies dès lors qu'elles peuvent influencer le droit à la rente ou aux mesures professionnelles. De plus, on relève qu'il existe des outils d'évaluation spécifiques de cette pathologie (ex. Berger A. M., Mooney K., Alvarez-Perez A., et al., National Comprehensive Cancer Network [NCCN] Clinical Practice Guidelines in Oncology: Cancer-related fatigue, Version 1, 2016, http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf.) qui n'ont pas été mis en œuvre pour la recourante en violation du principe inquisitoire inscrit à l'art. 43 al. 1 LPGA. En particulier, rien ne permet d'exclure ou d'affirmer que les symptômes soient imputables à la maladie (cancer ou traitements consécutifs) ou uniquement à la ménopause. L'impact sur la capacité de travail n'est pas évalué. On relève aussi que d'autres diagnostics (somatisation, neurasthénie, syndrome de fatigue chronique, voire

atteinte neurologique) pourraient entrer en ligne de compte (TF 9C_106/2019 du 6 août 2019 consid. 2.3.3). En effet, même si le Dr G._____ n'a pas observé d'éléments en faveur d'une atteinte psychique, l'assurée s'est tout de même plainte d'une « fragilité psychique réactionnelle » lors d'un entretien le 18 mai 2018 avec un responsable de l'OAI et la psychologue du travail responsable du bilan d'orientation professionnelle. De même, si le Dr I._____ a semblé dans un premier temps exclure une composante psychique, il soulève tout de même la question de la dépression dans le courrier électronique adressé le 14 mai 2019 à la responsable SMR pour le canton de Vaud.

f) Pour toutes ces raisons, l'instruction se révèle lacunaire et ne permet pas de statuer en l'état du dossier.

6. a) 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'administration est en principe justifié 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'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé, est lacunaire et ne permet pas d'éclaircir tous les points déterminants. Le dossier constitué par l'intimé ne permet pas à la Cour de céans de se prononcer en connaissance de cause. Dès lors, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise par des spécialistes (art 44 LPGA), ceci afin d'obtenir un tableau médical complet de l'état de santé de la recourante, le cas échéant à l'aide d'une

procédure probatoire structurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; TF 9C_106/2019 du 6 août 2019 consid. 2.3.3), et de définir notamment quelle est la cause de la fatigabilité rapportée par les médecins traitants, le Dr I. _____ et les intervenants socioprofessionnels. L'intimé veillera aussi à prendre toutes autres mesures d'instruction qu'il estimera nécessaires (nouveaux rapports médicaux, etc.). En outre, sous l'angle oncologique, les experts veilleront à se référer aux outils spécifiques d'évaluation d'un syndrome de *Cancer related fatigue*, telles que, par exemple, les recommandations du *National Comprehensive Cancer Network* (cf. consid. 5c à e ci-dessus).

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 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'OAI, qui succombe.

c) 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 2'000 fr. (cf. liste du 21 octobre 2020), 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 19 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- 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 A. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Séverin Tissot-Daguette, Procap (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 :