

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 août 2022

Composition : M. NEU, président
MM. Perreten et Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Y. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Ressortissante macédonienne, Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de trois enfants. Elle est entrée en Suisse en décembre [...] et est titulaire d'une autorisation de séjour de type C. Au bénéfice d'un diplôme de technicienne dentaire, elle a travaillé en dernier lieu, depuis le 1^{er} mai 2007, en tant qu'ouvrière au service de la société K._____ SA, à [...]; le salaire brut de l'assurée était de 3'980 fr. par mois depuis le 1^{er} janvier 2012, correspondant à un revenu annuel brut de 51'480 francs (rapport de l'employeur complété le 1^{er} mars 2013).

En arrêt de travail depuis le 5 septembre 2012, après une procédure de détection précoce initiée en décembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 15 février 2013 en raison d'un cancer du sein (carcinome canalaire invasif multicentrique du quadrant supéro-externe du sein droit double foyer) pour le traitement duquel elle a subi une tumorectomie le 19 septembre 2012 avec curage ganglionnaire axillaire, puis une chimiothérapie adjuvante suivie de radiothérapie. Après un traitement de Herceptin®, de février à novembre 2013, et une hormonothérapie par Tamoxifène® dès le 13 mai 2013, l'état de santé de l'intéressée était jugé stabilisé depuis la mi-mars 2013 par son oncologue traitant (rapport du 13 janvier 2014 du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale; rapport du 21 janvier 2014 du Dr A._____, du SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité]).

Par décisions des 22 août et 5 décembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2013, sur la base d'un degré d'invalidité de 53 %.

b) Accédant à une demande présentée le 6 février 2018, l'OAI a, par communication du 27 mars 2018, octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959

sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ; au cours de la mise en place de cette mesure, l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé, comme exposé dans le rapport du 19 novembre 2018 signé par la Dre E._____, spécialiste en médecine interne, auquel était notamment annexé un rapport du 23 octobre 2018 établi par le Dr C._____.

Après avoir recueilli des renseignements médicaux complémentaires auprès du Dr C._____ (rapport du 16 octobre 2019), le SMR, sous la plume du Dr I._____, a rendu un avis de synthèse en ces termes (avis médical du 19 novembre 2019) :

“Il s'agit **d'une révision** de situation pour cette assurée bénéficiaire d'une demi-rente suite à un carcinome mammaire.

Selon les deux derniers rapports de l'oncologue l'assurée connaît une situation stable sur le plan oncologique avec absence de tout signe de récurrence, avec une biologie rassurante et des marqueurs tumoraux dans les limites de référence. Du fait d'un ganglion métastatique trouvé lors du curage ganglionnaire l'assurée est actuellement sous traitement de Tamoxifène. Ce traitement présente une fatigabilité augmentée comme effet secondaire (Dr C._____ du 16.10.2019). Avec les limitations fonctionnelles déjà retenues (port de charges à D [droite] et sollicitations importantes du MSD [membre supérieur droit]) la capacité de travail médico-théorique devrait encore être de 50%. Il n'existe en effet tant au plan oncologique que somatique général pas d'élément médical objectif dans le dossier fourni en faveur d'une IT [incapacité de travail] totale. Le médecin traitant parle d'ailleurs d'une situation médico-sociale difficile avec le problème de conflit de couple, mais n'apporte pas de nouveau diagnostic ou de nouvelles limitations fonctionnelles.

En conclusion en l'état actuel du dossier nous ne retenons pas d'élément médical objectif permettant de modifier les conditions de la rente actuelle.”

Par projet de décision du 28 novembre 2019, puis décision du 27 janvier 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter la demande d'augmentation de sa rente d'invalidité. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous êtes au bénéfice d'une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 53%, depuis le 1^{er} septembre 2013.

En date du 6 février 2018, vous nous sollicitez pour pouvoir bénéficier d'une mesure d'aide au placement.

Au cours de cette mesure, en date du 20 novembre 2018, vous nous annoncez une aggravation de votre état de santé par l'intermédiaire du rapport de la Dresse E. _____, établi en date du 19 novembre 2018.

En effet, cette dernière atteste une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle jusqu'à nouvel avis.

Après un examen complet de votre dossier, notamment des nouveaux éléments médicaux transmis, nous constatons que votre état de santé, ainsi que les limitations fonctionnelles déjà retenues lors de notre décision du 22 août 2014, à savoir asthénie, pas de mouvements répétitifs avec le bras D [droit] et pas de port de charge de plus de 3-4kg, sont inchangés. Par conséquent, une capacité de travail de 50% demeure raisonnablement exigible dans une activité adaptée.

Dès lors, vous continuez à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 53%)."

B. Par acte du 28 février 2020, Y. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente « à 100% », subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise médicale « concernant [sa] capacité de travail » ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a remis à cet effet un rapport du 7 février 2020 de la Dre E. _____ ainsi qu'un rapport du 23 février 2020 du Dr B. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Elle s'estimait totalement incapable de travailler en raison de la fatigue liée au cancer, déplorant l'absence d'une expertise, ou à tout le moins d'une « enquête approfondie » sur son état de santé déficient tel qu'attesté par ses médecins traitants. Elle a précisé être bénéficiaire de prestations complémentaires à sa rente d'invalidité, et demandé à être exemptée du versement d'une avance de frais.

Par décision du 2 mars 2020, Y. _____ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2020.

Dans sa réponse du 26 mars 2020, produite à l'appui d'un avis du 23 mars 2020 de la Dre T. _____, du SMR, auquel il se ralliait, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Au terme d'un échange d'écritures produites les 20 mai et 9 juillet 2020 et de déterminations de la recourante du 21 août 2020, les parties ont maintenu leurs positions respectives. De son côté, la recourante a produit un rapport du 11 mai 2020 de la Dre E._____, laquelle opposait ses compétences à celles du SMR et préconisait la mise en œuvre d'une expertise médicale.

C. Le 25 septembre 2020, le magistrat instructeur a confié le mandat d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à O._____, à [...], dont le rapport a été rédigé le 11 mai 2021 par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne, M._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, U._____, spécialiste en oncologie, et D._____, spécialiste en rhumatologie, ainsi que par la neuropsychologue FSP D._____. Se fondant sur leurs propres examens cliniques ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

“1.1 Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail

- Carcinome canalaire invasif multifocal du quadrant supéro-externe du sein droit traité par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie en 2012, 2013 et hormonothérapie actuellement encore en cours **C50.4**
- Trouble neuropsychologique léger à moyen **R41.8**
- Episode dépressif d'intensité légère **F32.0**

1.2 Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

- Hypothyroïdie substituée **E03.9**
- Hypertension artérielle traitée **I10**
- Obésité de classe II selon l'OMS (BMI à 40 kg/m²) **E66.9**
- Dermatite lichénoïde focale de type lichen plan scléreux débutant au sein droit secondaire à la radiothérapie **L28.0**
- Status post hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale par laparoscopie pour métrorragies récidivantes sous Tamoxifen le 13.02.2017”

S'agissant de l'interaction des diagnostics, les experts ont indiqué que l'assurée présentait au premier plan une fatigue, des

arthralgies et des troubles neuropsychologiques avec un probable lien de causalité entre ses plaintes et les traitements oncologiques suivis ; à dire d'experts, l'épisode dépressif d'intensité légère participait en partie à la fatigue d'origine multifactorielle. En guise de conclusions, les experts ont unanimement estimé que si la capacité de travail de l'assurée était nulle en tant que contrôleuse qualité de pierres précieuses depuis le 4 septembre 2012, il subsistait une capacité de travail résiduelle de 20 % dès juillet 2013, puis de 50 % après quelques mois, dans une activité simple, ne nécessitant pas d'attention importante, légère, sans port de charges, sans mobilité du bras droit, sans stress de rendement ou rendement imposé, non monotone et répétitive, et sans position statique prolongée.

Dans ses déterminations du 22 juin 2021, l'OAI a fait siennes les conclusions des experts d'O. _____, confirmant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ce qui justifiait le rejet du recours.

Le 25 juin 2021, la recourante a fait part de son intention d'« obtenir une réadaptation au taux proposé par les experts », précisant que son ancien poste de travail au service de la société K. _____ SA, qui l'a licenciée, n'était plus adapté à son état de santé.

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) Le litige porte sur le refus de l'OAI d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} septembre 2013.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 27 janvier 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen

matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente

et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

c) 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. En d'autres termes, une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée au cancer. En substance (cf. consid. 3.3), le Tribunal fédéral a résumé la littérature scientifique et a constaté que la cause et l'origine du « *Cancer related fatigue* » selon l'état actuel de la science médicale ne sont pas établies. Il y a cependant unanimité sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotifs, cognitifs et psychosociaux interagissent et qu'en raison de telles maladies, les effets internes et psychiatriques se font sentir dans 30 à 40 % des cas longtemps après la thérapie.

d) 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).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

f) En principe, le juge ne s'écartere par sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas,

une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. **a)** En l'occurrence, il convient d'examiner si, par sa décision du 27 janvier 2020, l'OAI était fondé à refuser d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée depuis le 1^{er} septembre 2013, sur la base d'un degré d'invalidité de 53 %.

Le 6 février 2018, l'assurée a sollicité l'OAI afin de bénéficier d'une mesure d'aide au placement. Au cours de la mise en place de cette mesure, l'intéressée a fait part d'une aggravation de son état de santé en produisant le rapport de la Dre E. _____ du 19 novembre 2018, attestant d'une totale incapacité de travail de sa patiente dans toute activité professionnelle jusqu'à nouvel avis.

Se fondant sur l'examen du dossier constitué (cf. avis SMR des 19 novembre 2019 et 23 mars 2020), l'OAI a constaté que l'état de santé de l'assurée, ainsi que les limitations fonctionnelles déjà retenues en 2014, à savoir une asthénie, pas de mouvements répétitifs avec le bras droit et pas de port de charge de plus de trois à quatre kilos, étaient inchangés. L'intéressée conservait dès lors une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée.

A teneur de ses écritures, la recourante a tout d'abord contesté être en mesure de travailler à mi-temps, même dans une activité adaptée, compte d'un état de santé péjoré. Après avoir pris connaissance des conclusions du rapport d'expertise judiciaire, elle a convenu d'une capacité de travail résiduelle dans une activité compatible à son état de santé, tout en souhaitant « obtenir une réadaptation au taux proposé par les experts ».

b) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée à quatre reprises par les médecins spécialistes

d'O._____. Les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de carcinome canalaire invasif multifocal du quadrant supéro-externe du sein droit traité par chirurgie, chimiothérapie, et radiothérapie en 2012 et 2013, ainsi que par hormonothérapie, actuellement encore en cours (C50.4), de trouble neuropsychologique léger à moyen (R41.8) et d'épisode dépressif d'intensité légère (F32.0). Sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu une hypothyroïdie substituée (E03.9), une hypertension artérielle traitée (I10), une obésité de classe II selon l'OMS (BMI à 40 kg/m² ; E66.9), une dermatite lichénoïde focale de type lichen plan scléreux débutant au sein droit secondaire à la radiothérapie (L28.0) ainsi qu'un status post hystérectomie totale avec salpingectomie bilatérale par laparoscopie pour métrorragies récidivantes sous Tamoxifen® le 13 février 2017.

Les experts d'O._____ ont étayé leurs diagnostics en considérant ce qui suit (rapport d'expertise pluridisciplinaire du 11 mai 2021, pp. 16 et 17) :

"5.2 Argumentation du (des) diagnostic(s) retenu(s)

Madame Y._____ a présenté un carcinome invasif multifocal du sein droit de stade II a, diagnostiqué en 2012 et traité par quadrantectomie et curage axillaire le 19.09.2012, chimiothérapie adjuvante jusqu'en février 2013, radiothérapie jusqu'en mai 2013, traitement anti-HER 2 jusqu'en novembre 2013 et hormonothérapie par Tamoxifen. L'hormonothérapie est toujours en cours pour une durée totale de dix ans.

Madame Y._____ bénéficie d'un suivi oncologique régulier, sans aucun signe de récurrence jusqu'à ce jour.

Depuis le diagnostic et la prise en charge du carcinome, elle se plaint d'une asthénie, d'une fatigabilité, de polyarthralgies et douleurs diffuses, de troubles de la concentration et de la mémoire. Elle décrit aussi, de façon intermittente, des céphalées survenant 2 à 3x/mois soulagées par Irfen et Dafalgan. Elle décrit avoir présenté un léger œdème du membre supérieur droit après l'opération et la radiothérapie qui a rapidement régressé avec cependant une mobilité du bras droit qui reste limitée malgré des séances de physiothérapie. Au niveau du sein droit, elle a présenté une réaction cutanée après la radiothérapie avec diagnostic de dermatite lichénoïde traitée par corticoïdes topiques.

Les oncologues qui ont vu Madame Y._____ dans le cadre de la présente expertise confirment que la majorité des patientes avec un cancer du sein rapportent une fatigue après traitement et que jusqu'à 34% des patients peuvent ressentir une certaine fatigue cinq à dix ans après la fin du traitement.

Des troubles de la concentration et de la mémoire sont aussi décrits chez des patients traités par chimiothérapie. Enfin, les arthralgies décrites par Madame Y. _____ sont des effets indésirables fréquents connus et bien documentés dans la littérature chez les patientes sous hormonothérapie avec des taux allant de 25% à 50%.

En conclusion, un lien de causalité est probable entre les plaintes de l'assurée et les traitements oncologiques reçus y compris l'hormonothérapie. Au vu du risque de récurrence de carcinome mammaire, le traitement antihormonal doit être poursuivi pour une durée totale de dix ans.

Sur le plan rhumatologique, Madame Y. _____ décrit des douleurs diffuses du rachis présentes depuis juin 2012, soit avant le diagnostic du carcinome, et qui étaient survenues dans le contexte d'un travail lourd dans une position statique inconfortable. Le Dr B. _____, FMH en médecine physique et réhabilitation, décrivait une accentuation des dysbalances musculaires des ceintures scapulaires. Depuis le traitement du carcinome sont décrites des douleurs ostéoarticulaires diffuses. En 2015, des douleurs dans la plante des pieds sont apparues avec diagnostic de pieds plats et surcharge des tendons de la voûte plantaire. Ces derniers mois, sont survenues des douleurs dans le bras gauche. Une arthro-IRM de l'épaule gauche réalisée à la demande du médecin traitant le 02.03.2021 décrit une tendinopathie distale avec lésion partielle de la face bursale du tendon supra-épineux associé à une bursite sous-acromio-deltaïdienne sans répercussion musculaire.

Pour l'expert rhumatologue, il n'y a actuellement pas de lésion tissulaire spécifique susceptible d'expliquer l'ensemble, la persistance et l'intensité des plaintes de l'assurée. La description prolixe de tendinopathie sur les différents documents radiologiques ne permet pas de conclure à leur étiologie ni à un éventuel rôle nocicepteur. L'expert relève que les limitations fonctionnelles sévères rapportées par l'expertisé contrastent avec l'absence de raideur importante, d'amyotrophie et de déformation articulaire.

Dans ce contexte, nous retenons des douleurs chroniques généralisées de l'appareil locomoteur qui entrent dans le cadre d'un traitement d'hormonothérapie qui peut expliquer en partie les douleurs. Relevons que les rares pauses du traitement n'ont pas permis d'améliorer la symptomatologie mais il n'est pas exclu qu'il existe malgré tout un lien de causalité entre les douleurs et ce traitement. Le traitement doit encore être poursuivi pour une durée de deux ans et ce n'est qu'à l'arrêt que l'on pourra évaluer son impact réel sur les douleurs. Si la symptomatologie devait persister à ce moment-là, le diagnostic s'orienterait vers un syndrome de la lignée somatoforme.

Sur le plan psychiatrique, Madame Y. _____ rapporte une période difficile entre 2010 et 2013 avec la maladie de son mari, le décès de sa mère et l'annonce de son propre cancer. Elle a vu un psychologue à deux ou trois reprises durant son

suivi en oncologie mais n'a jamais ressenti le besoin de poursuivre un suivi psychiatrique.

Actuellement, en dehors des douleurs et d'une importante fatigue, Madame Y. _____ décrit une perte de courage, une perte de perspective, des moments de tristesse avec un sommeil perturbé surtout par les douleurs. Elle décrit aussi des troubles de la concentration et de la mémoire.

A l'examen psychiatrique on n'observe pas de ralentissement, pas de fatigue ou fatigabilité, pas de trouble de l'attention ou de la vigilance, pas de trouble grossier de la mémoire. Le contenu du discours atteste d'une intelligence articulée. La thymie est plutôt morose mais reste modulable avec une bonne adéquation idéo-affective.

L'entretien, l'anamnèse et la lecture des rapports médicaux permettent de retenir le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère en présence d'un abaissement de la thymie, d'une fatigue, d'une perte de perspectives et de courage.

Madame Y. _____ rapportant des difficultés de concentration et de mémoire, un examen neuropsychologique a complété nos investigations. Cet examen met en évidence des troubles mnésiques antérogrades se manifestant en modalité verbale et non verbale, des signes de fléchissement exécutif avec au premier plan des troubles de la programmation, du contrôle inhibiteur et défaut d'attention avec ralentissement du rendement. Ces troubles correspondent à un trouble neuropsychologique léger à moyen.

Comme décrit plus haut par les oncologues, les patients traités par chimiothérapie présentent un taux plus élevé de déficit neuropsychologique objectivable. Ces troubles peuvent donc entrer dans le contexte d'un status post traitement du carcinome.

5.3 Diagnostic(s) différentiel(s) pour le (les) diagnostic(s) retenu(s)

Concernant les douleurs diffuses, celles-ci ne sont pas expliquées par une affection rhumatologique mais sont possiblement une conséquence du traitement d'hormonothérapie toujours en cours. Le traitement doit encore être poursuivi pour une durée totale de dix ans.

Dans le diagnostic différentiel, en présence de ce syndrome douloureux non entièrement expliqué par des altérations somatiques avec des douleurs qui entraînent un sentiment de détresse, un syndrome somatoforme douloureux persistant peut être envisagé. Le diagnostic et le traitement du cancer du sein, la maladie du mari, le décès de la mère d'un cancer du pancréas ont pu agir comme stresser psychosocial majeur.

Cependant, quel que soit le diagnostic retenu, les douleurs sont présentes, authentiques, même s'il existe une discordance entre l'importance des douleurs annoncées et l'examen clinique relativement pauvre.

5.4 Discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier, s'il y a lieu

Madame Y._____ présente aussi une hypothyroïdie substituée, une hypertension artérielle et une obésité qui peuvent entraîner un déconditionnement physique mais sont globalement sans répercussion sur la capacité de travail.”

Les experts d’O._____ ont ensuite motivé l’existence d’une capacité de travail dans une activité adaptée comme suit (rapport d’expertise pluridisciplinaire du 11 mai 2021, p. 24) :

“C. Synthèse, pronostic et conclusions

Madame Y._____ a présenté un carcinome invasif du sein droit en septembre 2012, traité par chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie et hormonothérapie toujours en cours actuellement.

Elle présente une fatigue, des arthralgies et des troubles cognitifs légers qui peuvent être mis en relation avec la maladie oncologique et les traitements. Les troubles neuropsychologiques ont pu être objectivés lors des tests neuropsychologiques. Aucune affection rhumatologique n’a été mise en évidence qui permettrait de contribuer aux douleurs diffuses présentées par l’assurée. Sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif d’intensité légère est retenu. Dans le diagnostic différentiel concernant les douleurs, un syndrome somatoforme douloureux persistant ne peut, à l’heure actuelle, être totalement exclu.

Toujours est-il, que la fatigue, les douleurs et les troubles cognitifs nous ont paru authentiques et qu’ils limitent Madame Y._____ dans la reprise d’une activité professionnelle.

Dans son ancienne activité d’opératrice en contrôle qualité de pierres précieuses, la capacité de travail est nulle de façon définitive depuis le 04.09.2012.

Dans une activité légère, simple, respectant les limitations fonctionnelles décrites plus haut, en prenant en compte toutes les pathologies, les limitations et les ressources, il existe théoriquement une capacité de travail partielle d’abord de 20% dès juillet 2013 puis de 50% après quelques mois. Cependant, Madame Y._____ n’a jamais bénéficié de mesures de réadaptation concrètes avec un réentraînement progressif au travail et n’a pas été en mesure de retrouver elle-même un poste adapté. A notre avis, c’est seulement si elle peut bénéficier de telles mesures de la part de l’AI qu’elle sera apte à reprendre une activité d’abord à 20% puis à 50% six mois plus tard.

Toutefois, le pronostic reste réservé au vu de la longue évolution des plaintes et de la longue période d’incapacité de travail. Comme facteur positif, relevons les bonnes ressources présentées par l’expertisée, ses bonnes capacités adaptatives et une certaine force de résilience.”

c) Ce rapport d’expertise judiciaire est probant. En effet, il comporte une anamnèse complète, est le fruit d’un examen multidisciplinaire *lege artis*, fait état de considérations dûment

documentées et d'observations qui ne laissent place à aucune contradiction dans leur motivation, tant sur le plan des diagnostics que celui des limitations fonctionnelles ainsi que des répercussions sur la capacité de travail. Les conclusions des experts sont claires, prises au terme d'un consilium. La recourante en convient, se ralliant à ces conclusions, tout en souhaitant « obtenir une réadaptation au taux proposé par les experts ».

d) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire judiciaire du 11 mai 2021 étant pleinement probant, il convient donc de retenir, au final, que la recourante présente toujours une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé déficient. De ce fait, le taux d'invalidité tel que fixé à 53 % demeure inchangé, laissant subsister le droit à la demi-rente précédemment reconnu.

6. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 27 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Y. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :