

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 septembre 2021

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Silva et Gabellon, assesseures  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Andres Perez, avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 6 s., 43 al. 1, 44 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], célibataire et sans enfants, est au bénéficiaire d'une formation universitaire en psychologie. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016, elle travaillait à 60 % en tant que psychologue déléguée à la H.\_\_\_\_\_ de [...], et en tant que maîtresse d'enseignement professionnel, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016 à raison de vingt-cinq périodes hebdomadaires (soit un taux de 40 %), auprès du V.\_\_\_\_\_ (V.\_\_\_\_\_), à [...], pour le compte de la Direction générale de l'enseignement post-obligatoire de l'E.\_\_\_\_\_.

En arrêt de travail, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 6 septembre 2017, sous la forme de mesures professionnelles et/ou d'une rente, en raison d'un carcinome (cancer) papillaire de la thyroïde de stade initial pT3N1b (diagnostiqué en mars 2017) opéré le 3 mai 2017 (thyroïdectomie totale avec évidemment ganglionnaire droit et gauche) ; la prochaine iodothérapie était prévue le 27 novembre 2017.

Le 29 janvier 2018, l'assurée a repris le travail au taux de 10 % en tant que psychologue déléguée auprès de la H.\_\_\_\_\_ à [...].

Dans un rapport du 2 avril 2018, la Dre J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de fatigue secondaire à la néoplasie (depuis le 31 mai 2017), de radiothérapie métabolique pour la thyroïde (depuis les 24 juillet et 27 novembre 2017) et de thyroïdectomie avec évidemment ganglionnaire (le 3 mai 2017). La capacité de travail de l'assurée était de 10 % depuis le 29 janvier 2018 dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (fatigue, manque d'attention et somnolence). Le médecin traitant a écrit : « La patiente travaille comme psychothérapeute et lors des séances il faut absolument entendre le patient, prendre des notes et poser des questions, et elle n'arrive pas ». Pour la Dre J.\_\_\_\_\_, l'assurée n'était pas encore remise

des interventions subies et la reprise du travail devait s'effectuer « peu à peu ».

Du 19 avril au 31 juillet 2018, l'assurée a bénéficié de la part de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) de la prise en charge des frais pour des entretiens individuels de coaching de remise en confiance effectués auprès d'l. \_\_\_\_\_ à [...] (communication du 27 avril 2018).

Dans un rapport du 27 avril 2018, la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, suivant l'assurée depuis le mois de mai 2017, n'était pas en mesure de poser de diagnostics, ni d'évaluer la capacité de travail de l'assurée. A la suite de la thyroïdectomie totale effectuée en mai 2017, suivie de deux traitements par radiothérapie métabolique en juillet et novembre 2017, l'assurée était substituée par lévothyroxine, calcium et calcitriol en raison d'un hypoparathyroïdisme persistant post-opératoire. La médication consistait en la prise de Lévothyroxine (Thyrosin®) 150 µg/j., de Kalcipos® 500/800 3x/j. et de Rocaltrol® 0.5 µg 2x/j. Un scanner thoracique était prévu au mois de juin 2018 ainsi qu'un suivi biologique et ultrasonographique régulier, initialement dans trois mois, puis espacé aux six mois.

Au terme de la mesure d'intervention précoce suivie auprès d'l. \_\_\_\_\_ la coach de l'assurée a rédigé un rapport du 30 juillet 2018 qui se terminait comme suit :

“Les résultats constatés sont les suivants :

A. \_\_\_\_\_ est une femme lucide, intelligente et volontaire.

Elle commence à pouvoir à nouveau envisager certaines activités sur le long terme et à faire des projets. Elle va reprendre dès la rentrée l'enseignement à 16%, en plus de son activité de thérapeute à 10% et ses études.

Cependant, la fatigue encore très présente, la difficulté à se concentrer longtemps et la mémoire faisant encore défaut, malgré sa volonté et ses efforts, freinant la reprise complète pour le moment.

A. \_\_\_\_\_ semble mieux accepter cet état de fait, tout en gardant comme objectif la reprise de son activité à plein temps quand ce sera possible.

Pour cela, il est important de mettre en place les éléments qui favorisent les ressources, les plaisirs selon les besoins identifiés. Elle exprime également le besoin de soutien pour ce qui est de ses troubles de la concentration et de la mémoire. Peut-être est-il possible de mettre quelque chose en place à ce niveau pour favoriser la reprise et le gain de confiance.”

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, l’assurée a repris le travail en tant qu’enseignante auprès du V.\_\_\_\_\_ au taux de 16 %.

Par communication du 2 août 2018, l’OAI a informé l’assurée que des mesures de réadaptation d’ordre professionnel n’étaient pas envisageables et de la poursuite de l’instruction de sa demande de prestations.

Aux termes d’un rapport de consultation du 30 janvier 2019, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale, a attesté d’une incapacité de travail de l’assurée dans toute activité en raison de son état de santé défaillant depuis le mois d’avril 2017.

Le 22 février 2019, la Dre J.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées dans l’intervalle par l’OAI :

*“1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ?*

- Carcinome papillaire de la thyroïde pT3 N1b R1 en mai 2017. Traité par thyroïdectomie totale avec évidemment ganglionnaire et Radiothérapie métabolique par Iode 131 (2 traitements en juillet et novembre 2017).
- Hypoparathyroïdie (mai 2017)
- Dépression réactionnelle (2017)

*2. Quelle est l’évolution de l’état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Persistent encore une fatigue et des troubles de la mémoire et un déficit de l’attention et de la concentration. Le ralentissement psychomoteur le matin et le soir demeure inchangé. (Cf. point 5)  
Le bilan hormonal est sans particularité.

La patiente a pu reprendre une activité professionnelle adaptée à temps partiel (Cf. point 4) ainsi qu’une activité physique légère régulière.

3. *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?*

En prenant compte son état physique et psychologique et la gravité de la maladie, la patiente n'est pas en capacité de reprendre son activité dans les conditions antérieures à sa maladie. Le pronostic demeure réservé.

4. *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?*

Avant son arrêt de travail, la patiente avait deux emplois à temps partiel. L'un à 60% comme psychologue psychothérapeute en délégation auprès de la H. \_\_\_\_\_, [...]. L'autre à 16% comme enseignante auprès du V. \_\_\_\_\_ à [...].

Depuis le 29.01.2018 : Reprise à 10% comme psychologue psychothérapeute en délégation auprès de la H. \_\_\_\_\_, [...]. Puis Depuis 01.01.2019 à 20 %. En accord avec ses superviseurs et selon ma demande, la patiente ne travaille que l'après-midi, elle prend des longues pauses entre chaque séance de thérapie et elle voit au maximum 3 patients par jour.

Depuis le 01.07.2018, reprise du travail au V. \_\_\_\_\_ (emploi à 16 %). En accord avec la Direction et selon ma demande, la patiente enseigne une après-midi, par semaine.

5. *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

La fatigue, les déficits d'attention et les troubles de la mémoire, les troubles de l'humeur et du sommeil.

6. *Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail.*

- 29.05.2017 au 28.01.2018 arrêt de travail à 100% pour les deux emplois (cf pt. 4) ;
- 29.01.2018 au 31.12.2018 arrêt de travail à 90% pour l'emploi de psychothérapeute à [...];
- 29.01.2018 au 30.06.2018 arrêt de travail à 100% pour l'emploi au V. \_\_\_\_\_ ;
- Depuis le 01.07 reprise du travail pour l'emploi au V. \_\_\_\_\_ ;
- Depuis le 01.01.2019 arrêt de travail à 80% pour l'emploi à [...].

7. *Quels sont les traitements actuels et la compliance à ces derniers ?*

Tirosint 125 1x + Tirosint 137 1x le samedi  
Rocaltrol 0,5 1x/j  
Kalcipos 500/800 2x/j  
Wellbutrin 300mg 1x/j  
La patiente est compliant.

8. *Pronostic à moyen et long terme ?*

Le pronostic reste réservé.

9. *Autres remarques :*

La patiente cherche à améliorer son état en prenant soin de son style de vie (alimentation saine et adaptée et reprise d'une activité physique légère). Elle fait appel à des thérapies complémentaires (acupuncture, physiothérapie, psychothérapie). Elle n'a pas encore retrouvé les pleines capacités dont elle disposait avant son cancer."

Dans un rapport du 24 avril 2019, la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale ainsi qu'en endocrinologie-diabétologie, consultée depuis le 16 août 2018, posant les diagnostics incapacitants de thyroïdectomie totale avec évidemment ganglionnaire sur carcinome papillaire de la thyroïde et d'hypoparathyroïdie persistante depuis mai 2017, a confirmé que l'état de santé global de l'assurée ne lui permettait pas de travailler à 100 %. S'agissant des symptômes, en présence d'une assurée très fatiguée, pâle et sans énergie, il était constaté une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration, de mémorisation et de maintien de l'attention. L'intéressée avait également de la difficulté à rester éveillée durant la journée et à mobiliser ses ressources, étant souvent irritable et souffrant d'anxiété. Un pronostic sur la capacité de travail était impossible, vu l'état général encore trop mauvais. Le suivi consistait en des contrôles cliniques à six mois d'intervalle sur le plan endocrinologique (avec prise de sang, dosage du marqueur tumoral Thyroglobuline et ultrason des parties molles du cou pour détecter d'éventuels ganglions pathologiques) et en la poursuite à vie de la substitution thyroïdienne ainsi que par Kalcipos® et Rocaltrol®. La Dre O. \_\_\_\_\_ a notamment fourni les réponses suivantes sur la capacité de travail de l'assurée :

"3. Situation professionnelle

3.1

Quelle est l'activité actuelle de votre patient / votre patiente ?

Dans la fonction de psychologue psychothérapeute en délégation de la H. \_\_\_\_\_ à [...], 20% actuellement depuis le 1.01.2019

Dans la fonction d'enseignante en développement de l'être humain auprès du V. \_\_\_\_\_ à [...], 16% depuis le 1.08.2018 mais depuis juillet 2019, elle n'aura plus ce poste car trop prenant pour elle et le contrat n'a pas été renouvelé.

20% investi dans l'école de psychothérapie mais vu [l']état de santé actuel et [le] long congé, [la] patiente ne pourra pas terminer sa formation au mois d'août 2019 ; cela va reporter l'obtention de son diplôme de spécialisation probablement en avril 2020 avec comme conséquence une impossibilité de travailler en tant

qu'indépendante, pas d'augmentation de salaire dans le poste actuel et aucune possibilité à accéder à des postes à responsabilité.

[...]

### 3.3

A quelles exigences votre patient/patiente doit-il/elle faire face dans son activité professionnelle?

(par exemple : effort physique / activité alternée / répétitive / fonction de cadre / travail par rotation d'équipes / travail en équipe / contact avec les clients, ou toute autre particularité.)

Son travail comme psychologue équivaut à des séances de 50 minutes et en raison de cette fatigabilité a des difficultés de concentration, de mémorisation et de maintien de l'attention, elle doit faire de longues pauses entre chaque séance de thérapie et ne voit donc que max 3 patients par jour. Avant chaque patient elle doit relire ses notes et préparer la séance, ce qu'elle ne faisait pas avant l'intervention.

### 3.4

Existe-t-il des limitations fonctionnelles ? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici ?

Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

La patiente présente principalement une fatigabilité accrue et des troubles attentionnels, de la mémoire ainsi que des difficultés de concentration. La mobilisation de ses ressources reste toujours très difficile. Cela rend compliquée l'organisation générale des tâches professionnelles, la prise en charge de ses patients, et rallonge le temps de préparation des cours.

Le rendement général est fortement abaissé, et on peut constater qu'il lui faut au moins 1.5 fois le temps habituel pour effectuer une tâche. De plus les déplacements en transport en commun ont un impact négatif sur son énergie. La conduite reste difficile (voir dangereuse) depuis la chirurgie.

Depuis plusieurs mois l'humeur est abaissée et fluctuante, avec une certaine labilité émotionnelle lors de situations stressantes ou inconnues.

On constate un ralentissement psychomoteur surtout le matin, influencé par des insomnies régulières.

### 3.5

Votre patient/votre patiente dispose-t-il/elle de ressources qui pourraient être utiles pour sa réinsertion ?

(par exemple : connaissances linguistiques / formations continues / activités de la vie quotidienne / activités bénévoles / hobbies / temps libre / contacts avec des amis / voyages)

La patiente parle couramment l'italien, le français et l'anglais, langues qu'elle utilise aussi au travail. Elle a obtenu un master en psychologie clinique à l'[...] en [...] et le CAS en méthodes d'intervention systémique en [...].

Actuellement, elle est inscrite au MAS en Psychothérapie d'orientation systémique qu'elle aurait dû terminer en été 2019, mais qu'il, dû à l'arrêt maladie, ne sera pas possible de terminer au moins avant avril 2020. Cela va donc retarder l'obtention de son titre postgrade en psychothérapie, avec comme conséquence un manque à gagner.

Elle a de l'expérience dans la prise en charge de patients psychiatriques, dans la recherche en psychologie ainsi que dans l'enseignement post obligatoire.

Depuis plusieurs années elle fait partie d'une troupe de danse, mais actuellement elle ne participe plus aux spectacles car cela demande un trop grand effort. Elle essaie de suivre les répétitions (à son rythme) dans le but de rester active physiquement et de garder contact avec ses amies danseuses.

### 3.6

Avez-vous des doutes quant à sa capacité de conduire ? Lesquels ?

Actuellement elle n'est plus en mesure de conduire, dû à son manque d'attention ainsi qu'à l'incapacité de rotation du cou réduite (suite à l'opération tor[t]icolis à répétition)."

Selon la Dre O.\_\_\_\_\_, si dans son activité habituelle l'assurée ne devait pas travailler plus de deux heures par jour, surtout le matin, et en faisant des pauses, dans une profession adaptée à son état de santé, elle pouvait travailler au maximum trois heures par jour. L'accomplissement des tâches ménagères était décrit en ces termes :

"Actuellement et depuis l'opération, la patiente fait appel à la livraison à domicile pour ses courses ([...]).

Elle se charge de la lessive qu'elle peut effectuer chez elle. Elle ne repasse pas. Elle possède un lave-vaisselle. Le ménage est difficile et elle l'effectue normalement le week-end quand elle peut bien se reposer par la suite.

Elle l'effectue généralement sur deux jours. Il y a plusieurs choses qui n'ont plus été faites depuis son opération (ex vitres, stores, balcons, rangements importants...)."

Le 10 mai 2019, posant le diagnostic de cancer papillaire de la thyroïde, masse hypo-échogène de 25 x 19 mm de diamètre avec un paquet ganglionnaire de la chaîne jugulo-carotidienne droite de 35x15x56 mm, deuxième adénopathie latérale à droite derrière la trachée de 17 x 19 mm, sans lésion volumétrique définissable au niveau médiastinal excepté au PET-CT, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé l'état de santé altéré de l'assurée, avec une incapacité à 100 % et une reprise de travail progressive.

Requis par l'OAI de donner son point de vue sur les divers renseignements médicaux recueillis au dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), par la voix du Dr S.\_\_\_\_\_, a fait le point de situation suivant (avis médical du 29 mai 2019) :

### “Discussion – Conclusion

Nous ne comprenons pas pourquoi l'assurée ne puisse pas reprendre son AH [activité habituelle] à 100%, étant à 1,5 ans après la fin des traitements, comme le coaching dans le cadre de l'IP [intervention précoce] avait envisagé. L'assurée présente une hypothyroïdie substituée secondaire à la thyroïdectomie ainsi qu'une hypoparathyroïdie compensée, le bilan hormonal est sans particularité, pas de signe de récurrence, ni d'indication à des traitements oncologiques complémentaires. Les LF [limitations fonctionnelles] décrites sont de l'ordre d'une atteinte psychiatrique, chez une assurée sous antidépresseur mais sans suivi psychiatrique décrit. Dans ce contexte, nous demandons :

Une expertise bi-disciplinaire psychiatrie et médecine interne

Merci aux experts de décrire l'évolution de la capacité de travail depuis la date de la longue maladie.”

Après avoir reçu un rapport du 12 septembre 2019 du Dr L.\_\_\_\_\_ dans l'intervalle, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie) au centre d'expertises médicales N.\_\_\_\_\_ SA de [...]. Dans leur rapport d'expertise du 20 janvier 2020, les Dres M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation (F43.2). Les experts ont retenu les diagnostics non incapacitants de personnalité de type anxieux (F60.6), de carcinome papillaire de la thyroïde de stade initial pT3 N1b (18/53) R1 diagnostiqué en mai 2017 et opéré le 3 mai 2017 (thyroïdectomie avec évidement ganglionnaire IIB à droite IIA à droite III, IV, I à droite, VI à droite VII, VI à gauche, soigné par iodothérapie du 24 au 28 juillet 2017 avec traitement par iode-131 à 5,5 GBq le 27.11.2017 et le 27.12.2017 et extension pulmonaire en rémission depuis le printemps 2018 avec micronodule apical supérieur droit calcifié séquellaire), d'hypoparathyroïdisme persistant, de constipation chronique, d'intolérance au lactose, de gonalgies bilatérales et de lombalgies chroniques basses. Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont évalué la capacité de travail de l'assurée comme suit :

“1.1.d.9 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

- Rétrospectif

Du point de vue psychiatrique, depuis le jour de l'intervention chirurgicale, le 03.05.2017, la capacité de travail a été de 0% et de 50% à partir de mars 2018 (3 mois après la fin de la 2<sup>ème</sup> radiothérapie en novembre 2017) en raison d'une fatigabilité et d'une baisse de la concentration.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail a été de 0% dès le 03.05.2017, jusqu'à 3 mois après la fin de la 2<sup>ème</sup> radiothérapie en novembre 2017, soit jusqu'en mars 2018.

Par la suite, médico-théoriquement, la capacité de travail a été de 50% de mars à juin 2018, puis de 100% à compter du 01.07.2018.

La stabilisation de la TSHus [TSH ultrasensible] n'a pas d'influence sur la capacité de travail durable. Elle peut être responsable d'une incapacité de travail à 100% pour une durée de 3 semaines.

- Actuel

Du point de vue psychiatrique, 50%.

Du point de vue de la médecine interne, 100%.

Du point de vue interdisciplinaire, 50%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue psychiatrique, avec la poursuite du traitement, une amélioration de la compliance de la thérapie médicamenteuse et sans la survenue d'événement de vie adverse, la capacité de travail devrait médico-théoriquement être de 100% dans un délai de 6 mois.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail n'évoluera pas tant que les atteintes à la santé seront stables.

#### 1.1.d.10 Capacité de travail dans une activité adaptée

- Rétrospectif

Du point de vue psychiatrique, depuis le jour de l'intervention chirurgicale, le 03.05.2017, la capacité de travail a été de 0% et de 50% à partir de mars 2018 (3 mois après la fin de la 2<sup>ème</sup> radiothérapie en novembre 2017) en raison d'une fatigabilité et d'une baisse de la concentration.

Du point de vue de la médecine interne, la capacité de travail a été de 0% dès le 18.05.2017, jusqu'à 3 mois après la fin de la 2<sup>ème</sup> radiothérapie en novembre 2017, soit jusqu'en mars 2018.

Par la suite, médico-théoriquement, la capacité de travail a été de 50% de mars à juin 2018, puis de 100% à compter du 01.07.2018.

La stabilisation de la TSHus n'a pas d'influence sur la capacité de travail durable. Elle peut être responsable d'une incapacité de travail à 100% pour une durée de 3 semaines.

- Actuel

Du point de vue psychiatrique, 50%.

Du point de vue de la médecine interne, 100%.

Du point de vue interdisciplinaire, 50%.

- Évolutif/Pronostic

Du point de vue psychiatrique, avec la poursuite du traitement, une amélioration de la compliance de la thérapie médicamenteuse et sans la survenue d'événement de vie adverse, la capacité de travail devrait médico-théoriquement être de 100% dans un délai de 6 mois.

Du point de vue de la médecine interne, il n'y aura pas d'évolution tant que les pathologies seront stables."

Les Dres M. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ étaient d'avis que l'incapacité de travail de l'assurée était « définie par l'expertise psychiatrique ».

Dans un avis médical du 28 janvier 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_, du SMR, a repris à son compte les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du N. \_\_\_\_\_. Il a constaté que l'expert en médecine interne n'avait pas retenu de diagnostic incapacitant, ni de limitations fonctionnelles. D'un point de vue psychiatrique, le médecin du SMR a retenu un trouble de l'adaptation incapacitant. Les restrictions fonctionnelles étaient la fatigue et une diminution de la concentration. Il a noté qu'un traitement par Welbutrin® avait été mis en place mais que l'assurée n'était pas compliant. Le Dr S. \_\_\_\_\_ a sollicité un complément d'expertise en invitant les experts à se prononcer sur l'exigibilité d'un traitement psychotrope ainsi que d'un suivi psychiatrique et/ou psychologique.

Dans un rapport du 3 février 2020, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de plainte cognitive dans un contexte d'anxiété, dysthyroïdie infraclinique, troubles du sommeil et syndrome de fatigue et de cervicalgies récurrentes et céphalées d'origine musculo-tensive. Son rapport se termine comme il suit :

#### “ÉVALUATION ET PROPOSITIONS

Il s'agit d'une patiente de 36 ans, aux antécédents de carcinome de la thyroïde (traité par chirurgie et radiothérapie métabolique), qui consulte pour des plaintes mnésiques et attentionnelles, qui empêchent la reprise à plein temps de la profession de psychologue-

psychothérapeute (le taux d'activité est de 20 % actuellement). La patiente signale également des symptômes d'anxiété, des difficultés d'endormissement, des réveils précoces et une fatigue générale.

L'évaluation neurocomportementale avec des tests paramétrés montre des résultats dans les normes pour la plupart des domaines cognitifs, en particulier pour les fonctions « instrumentales » à localisation corticale.

La patiente obtient des résultats normaux pour les tests de mémoire épisodique antérograde, même dans les normes supérieures pour la modalité visuelle. Il faut seulement noter au test des 15 mots une sensibilité accrue à l'interférence proactive, ce qui est typique de la condition d'anxiété ou des syndromes de fatigue.

Les résultats sont dans les normes pour les tests de langage, des fonctions visuo-perceptives, des fonctions exécutives (à l'exception d'une fluence phonologique diminuée). Il y a des difficultés de calcul que la patiente indique comme anciens (elle avait des difficultés de ce type déjà à l'école primaire), peut-être en relation à une dyscalculie développementale.

Cependant, la patiente montre des difficultés consistantes à un test de mémoire de travail et à un test d'attention soutenue, ce qui semble corrélé au syndrome de fatigue et d'anxiété. Le score d'un questionnaire global de dépistage des troubles de l'humeur (HAD) est significatif pour l'anxiété (retentissement modéré sévère).

L'examen neurologique somatique est dans les normes. L'examen d'I.R.M. cérébrale (copie du rapport en annexe) ne montre pas de lésions ou d'atrophie cérébrales. Il y a des anomalies aspécifiques de la substance blanche, sans signification clinique.

En conclusion, l'évaluation neurocomportementale suggère un trouble cognitif léger, aspécifique, non localisable, qui concerne essentiellement l'attention soutenue et la mémoire de travail.

Il n'est pas possible à corréliser ce type de profil d'atteinte cognitive à une lésion cérébrale focale. Il s'agit d'un profil aspécifique, à mettre en relation avec le syndrome d'anxiété, de fatigue, des troubles du sommeil et possiblement l'hypocalcémie et la dérégulation thyroïdienne. Les derniers examens sanguins montrent un taux de thyroglobuline diminué et une hypocalcémie.

D'un point de vue thérapeutique, il faudrait corriger les dysfonctions métaboliques existantes (une adaptation du traitement hormonal était prescrite récemment) et améliorer les symptômes d'anxiété. La patiente pourrait être éventuellement candidate à des traitements d'entraînement cognitif.

Je n'ai pas prévu, pour l'instant, d'autres consultations neurologiques, mais je reste à disposition pour effectuer un nouveau bilan dans 6 mois ou une année, en fonction de l'évolution clinique et des traitements hormonaux et de psychothérapie."

Dans un complément d'expertise du 12 mars 2020, la Dre X. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions du SMR :

*"1. Vous reprenez un suivi psychiatrique et/ou psychologique ?*

La personne assurée est suivie par la Dresse G. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute.

2. Quel est le rythme de suivi exigé ?

1 fois par semaine, 2 fois selon besoin.

3. Quelle est la durée minimale du suivi exigé ?

6 mois, avec une prise régulière du traitement antidépresseur et une surveillance du taux plasmatique de celui-ci tous les mois.

4. Quel(s) traitement(s) psychotrope(s) (classe, molécule, dosage) doit(vent) être suivi(s) ?

Il s'agit de suivre le traitement antidépresseur de Wellbutrin (molécule : Bupropion), dont le dosage est de 300 mg, avec un rythme de prise quotidien.

5. A quel rythme le monitoring plasmatique doit-il être réalisé ?

Une surveillance mensuelle du taux plasmatique.

6. Quelle est la durée minimale pendant laquelle le traitement psychotrope doit être pris dans le cadre de cette exigibilité ?

Au moins 6 mois.

7. Au terme de ces mesures, quel taux (en pourcentage) la capacité de travail doit-elle atteindre ?

Avec la poursuite du traitement, une amélioration de la compliance de la thérapie médicamenteuse et sans la survenue d'événement de vie adverse, la capacité de travail devrait médico-théoriquement être de 100% dans un délai de 6 mois."

Aux termes d'un avis médical du 1<sup>er</sup> avril 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_, du SMR, s'est rallié au point de vue complémentaire de la Dre X. \_\_\_\_\_, qualifiant le suivi et le traitement proposés de simples et adéquats. Le médecin-conseil a en outre indiqué que le rapport du 3 février 2020 du Dr U. \_\_\_\_\_ ne faisait que confirmer l'avis de l'expert psychiatre.

Par recommandé du 8 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée, en lien avec l'examen du droit à la rente, de la nécessité d'un suivi psychiatrique minimal hebdomadaire, de la poursuite du traitement antidépresseur Wellbutrin® selon les recommandations des experts et d'une surveillance plasmatique par monitoring mensuel.

Le 5 mai 2020, désormais assistée de son conseil en la personne de Me Andres Perez, l'assurée a fait part à l'OAI de son intention de se conformer à son obligation de réduire le dommage en confirmant qu'elle acceptait de suivre le traitement qui était exigé de sa part. Elle a remis un rapport du 15 avril 2020 de la Dre G. \_\_\_\_\_ dont il ressort que le rythme d'un suivi était à décider par le thérapeute et que le monitoring mensuel était une mesure disproportionnée, les experts ayant émis leurs recommandations sur la base de résultats sanguins (dosage de la molécule bupropion) erronés ; en somme l'affirmation selon laquelle « la compliance n'[était] pas optimale » était fautive. Selon la Dre G. \_\_\_\_\_, en présence d'un traitement psychiatrique maximal, l'asthénie relevait en grande partie de l'état de santé physique de l'assurée. Contestant par ailleurs la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du N. \_\_\_\_\_ au vu de son caractère incomplet dans la mesure où elle ne comportait pas de volet oncologique, l'assurée a remis divers articles scientifiques spécialisés mettant en évidence les lacunes de l'« examen basique » de la Dre M. \_\_\_\_\_ qui, constatant l'extrême fatigue depuis l'opération du mois de mai 2017, n'avait toutefois pas retenu de substrats organiques susceptibles d'expliquer cette asthénie. Se référant à un arrêt du 11 décembre 2012 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO AI 353/10 - 391/2012 du 11 décembre 2012 consid. 4) en rappelant que l'asthénie et le manque de concentration avaient été constatés par la totalité des médecins consultés avec des limitations fixées *in concreto* dans le cadre des mesures professionnelles mises en œuvre et qu'en l'absence d'autolimitation, d'exagération ou de simulation mises en évidence par l'expert psychiatre, la capacité résiduelle de travail de 20 % devait être admise, l'assurée demandait une rente d'invalidité entière.

Après une nouvelle analyse médico-juridique du cas (avis juriste du 26 mai 2020), l'OAI a, par recommandé du 28 mai 2020, informé l'assurée qu'il renonçait à l'exigence d'un monitoring plasmatique mensuel, disproportionné en l'espèce.

Par projet de décision du 26 juin 2020, l'OAI a informé le conseil de l'assurée qu'il entendait lui allouer une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018 basée sur un degré d'invalidité de 50 %. Ses constatations étaient les suivantes :

“Votre mandante citée en titre exerce le métier de psychothérapeute.

Pour des raisons de santé, elle présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 3 mai 2017. 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit le 3 mai 2018, et après un examen complet de son dossier, nous constatons que son incapacité de travail est de 50 % dans toute activité.

Dès lors, le droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % lui est reconnu depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018.

Par ailleurs, nous précisons que l'octroi de ladite prestation est conditionné à la stricte obligation de suivre le traitement médical suivant :

- *La nécessité d'un suivi psychiatrique par un psychiatre avec un suivi minimal hebdomadaire*
- *Continuer le traitement antidépresseur Wel[~~I~~]butrin selon les recommandations des experts*

En effet, ce dernier améliorerait son état de santé et, par voie de conséquence, sa capacité de travail et de gain.

Notre exigence est fondée sur un principe général du droit des assurances sociales qui dispose que l'assuré a le devoir de prendre toutes les mesures raisonnablement exigibles propres à limiter le dommage subi ainsi que sur l'article 21 alinéa 4 de la loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA). Cette disposition prévoit en effet le refus ou la réduction des prestations si l'assuré se soustrait ou s'oppose à un traitement raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain.

Nous ajoutons encore que nous sommes en droit d'exiger un traitement médical même si ce dernier n'est pas à notre charge, ce qui est le cas en l'espèce. [...]"

Malgré les objections formulées le 14 juillet 2020 par l'avocat de l'assurée - qui demandait une rente entière, subsidiairement la reprise de l'instruction médicale, sur la base des éléments mentionnés dans son courrier du 5 mai 2020, remettant également un rapport de consultation

du 8 juin 2020 de la Dre T. \_\_\_\_\_ -, l'OAI a, par décision du 29 octobre 2020, entériné le projet d'acceptation d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2018. La motivation était identique à celle de son projet de décision du 26 juin 2020. Aux termes d'un courrier d'accompagnement daté du 14 juillet 2020 faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a notamment fait savoir au conseil que l'expertise bidisciplinaire en médecine interne et psychiatrie mise en œuvre par ses soins prenait « en considération tous les indicateurs standards nécessaires, ainsi que les ressources disponibles de [sa] mandante », qu'à la lecture du volet de médecine interne de l'expertise il avait été tenu compte de la fatigue et du trouble de la concentration dans l'appréciation de la capacité de travail ainsi qu'à titre de limitations fonctionnelles, et qu'en présence de la rémission du cancer depuis le mois de mars 2018, le volet de médecine interne était suffisant pour évaluer la capacité de travail de l'intéressée sans nécessiter un complément d'expertise sur le plan oncologique.

**B.** Par acte du 30 novembre 2020, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Andres Perez, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec dépens, à sa réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à la réalisation d'une expertise judiciaire comprenant les volets psychiatrique, oncologique et médecine interne ; plus subsidiairement encore, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. La recourante a reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du N. \_\_\_\_\_ qui reliait l'asthénie à la problématique psychiatrique, plus particulièrement à la compliance médicamenteuse jugée insuffisante ; dans la mesure où les experts se fondaient sur une lecture erronée des résultats du dosage de la molécule testée et que la compliance était optimale, la pathologie psychiatrique ne pouvait à elle seule expliquer l'asthénie. Rappelant que la Cour de céans a déjà eu l'occasion d'admettre l'existence d'une asthénie liée à un traitement anticancéreux (CASSO AI 353/10 - 391/2012 du 11 décembre 2012) et, dès lors que l'asthénie ne pouvait être reliée à son état

psychiatrique, elle soutenait que cette atteinte à la santé résultait des effets secondaires du carcinome. Ce faisant, elle a contesté la capacité résiduelle de travail de 50 % retenue par l'expertise « incomplète » en opposant l'évaluation convergente du médecin traitant, du neurologue, de l'oncologue et de l'endocrinologue consultés mettant en évidence une importante asthénie limitant la capacité de travail à « un maximum de 20 % ».

Dans sa réponse du 25 janvier 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise du N.\_\_\_\_\_, estimant que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position. Il a produit un avis du 19 janvier 2021 du Dr S.\_\_\_\_\_, du SMR, auquel il se ralliait, qui a fait le point de situation final en s'exprimant sur les critiques formulées par la recourante comme suit :

*“Le représentant de notre assurée nous reproche de ne pas avoir demandé un volet oncologique lors de la mesure expertale. Mais le traitement oncologique de notre assurée est actuellement terminé, il persiste un suivi endocrinologique de surveillance par la Dresse T.\_\_\_\_\_. Son dernier RM [rapport médical] en date du 08/06/2020 (GED 20/07/2020) a été pris en compte, il est noté « *actuellement, elle ne rapporte pas de gêne cervicale. Les symptômes d'hyperthyroïdie se sont progressivement amendés. Le sommeil est morcelé mais n'est pas pour autant réparateur.* ». Elle a un traitement de substitution d'hormone thyroïdienne et de calcium en raison de la thyroïdectomie. Ces éléments étaient déjà connus avant la mesure expertale. Notre assurée se plaint de trouble neuropsychologique et d'une asthénie, ce qu[e] nous ne mettons pas en doute. Mais il est essentiel d'évaluer objectivement le retentissement de ces troubles sur la capacité de travail dans toutes les activités, en fonction des ressources de notre assurée et des indicateurs standards jurisprudentiel, d'où la nécessité d'une expertise psychiatrique et de médecine interne pour prendre en compte l'ensemble des doléances de notre assurée. Les ressources mobilisables ont été analysées par la mini CIF APP et le versant psychiatrique retient une fatigabilité et une baisse de concentration et prend en compte ces éléments pour retenir une CT [capacité de travail] diminuée à 50% en raison de ces limitations fonctionnelles, les doléances de notre assurée ont donc bien été prises en compte, ce qui diffère c'est l'évaluation de la capacité de travail entre les différents médecins traitants et les experts indépendants.*

Il n'est pas nécessaire d'avoir une évaluation oncologique car les traitements actifs aigus sont terminés, il persiste une surveillance et une adaptation des traitements de substitution qui peuvent entraîner une fatigabilité mais déjà évaluée et pris en compte dans

l'expertise à la page 20 : « *Un bilan en date du 03.12.2019 a été effectué par l'oncologue endocrinologue confirmant la rémission, l'absence de dysthyroïdie et la persistance d'un hypoparathyroïdisme modéré* », correspondant exactement au dernier RM de l'endocrinologue traitante la Dresse T.\_\_\_\_\_. Le RM du neurologue traitant Dr U.\_\_\_\_\_ (GED 28/02/2020) confirme le point de vue de l'expertise, avec « *trouble cognitif léger, aspécifique, non localisable, qui concerne essentiellement l'attention soutenue et la mémoire de travail. (...) Il s'agit d'un profil aspécifique, à mettre en relation avec le syndrome d'anxiété, de fatigue, les troubles du sommeil et possiblement l'hypocalcémie et la dérégulation thyroïdienne* ». L'examen neurologique somatique est dans les normes.

L'article : « *post-treatment cognitive dysfunction in women treated with thyroidectomy for papillary thyroid carcinoma* », n'apporte pas de fait nouveau.

#### Conclusion

Au vue de la discussion ci-dessus nous n'avons pas d'éléments pour modifier notre position médicale."

Le 19 février 2021, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions tout en insistant sur la nécessité d'un complément d'expertise avec un volet oncologique, la recourante a ajouté que le fait de retenir à tort que le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.2) était l'unique cause de l'asthénie, sans avoir analysé, ni pris en considération le diagnostic différentiel de fatigue chronique postérieure à un traitement anticancéreux qui avait conduit l'expert psychiatre à surestimer sa capacité de travail en retenant qu'une fois rétablie sur le plan psychiatrique, elle ne présentait plus aucune atteinte à la santé incapacitante. Compte tenu de son caractère lacunaire, l'expertise du N.\_\_\_\_\_ ne pouvait se voir attribuer une valeur probante.

Dans sa duplique du 8 mars 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée.

**C.** Par décision du 23 décembre 2020, A.\_\_\_\_\_ a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 30 novembre 2020. Elle était exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Andres Perez lui a été désigné.

Le 12 juillet 2021, Me Perez a déposé la liste de ses opérations effectuées au titre de l'assistance judiciaire.

**E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le taux d'invalidité exact qu'elle présente depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018.

**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 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, 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 LPGGA).

**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)** Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**g)** 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).

**4. a)** L'autorité intimée a octroyé une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, au motif qu'après avoir présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 3 mai 2017 à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 3 mai 2018, la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 50 %. Cette décision se base sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie) du N.\_\_\_\_\_ du 20 janvier 2020 et son complément datant du 12 mars 2020.

De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Elle fait valoir que de l'avis convergent des médecins consultés (Drs J.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_, U.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_) qui vaut contre-expertise, l'importante asthénie dont elle souffre - atteinte à la santé qui ne peut être liée à l'état psychique mais résulte des effets secondaires du carcinome conformément à la littérature scientifique exposée ainsi qu'aux innombrables avis des spécialistes - limite sa capacité de travail à « un maximum de 20 % », ce qui lui ouvre le droit à une rente entière et non la demi-rente. Dans ce contexte, la recourante reproche à l'office intimé de ne pas avoir suffisamment instruit le cas sur le plan médical faute d'un volet oncologique inclus dans l'expertise confiée par ses soins au N.\_\_\_\_\_.

**b)** Après avoir recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins consultés par l'assurée et mis en œuvre une mesure d'intervention précoce, l'OAI a soumis le cas au Dr S.\_\_\_\_\_, du SMR, qui, par avis médical du 29 mai 2019, a proposé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et médecine interne) en demandant aux experts de décrire l'évolution de la capacité de travail depuis la longue maladie de l'intéressée.

Dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire confiée au N.\_\_\_\_\_ par l'OAI dans le second semestre de 2019 et complétée au cours du semestre suivant à la demande du mandant, les Dres M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation (F43.2). Ils ont également retenu les diagnostics, sans incidence sur la

capacité de travail, de personnalité de type anxieux (F60.6), de carcinome papillaire de la thyroïde de stade initial pT3 N1b (18/53) R1 diagnostiqué en mai 2017 et opéré le 3 mai 2017 (thyroïdectomie avec évidement ganglionnaire IIB à droite IIA à droite III, IV, I à droite, VI à droite VII, VI à gauche, soigné par iodothérapie du 24 au 28 juillet 2017 avec traitement par iode-131 à 5,5 GBq le 27.11.2017 et le 27.12.2017 et extension pulmonaire en rémission depuis le printemps 2018 avec micronodule apical supérieur droit calcifié séquellaire), d'hypoparathyroïdisme persistant, de constipation chronique, d'intolérance au lactose, de gonalgies bilatérales et de lombalgies chroniques. Dans leur évaluation consensuelle du cas, les experts observaient ce qui suit (rapport d'expertise du 20 janvier 2020 p. 4 s.) :

“I.1.d.1 Évaluation médicale interdisciplinaire avec un résumé de l'évolution de la maladie (sans anamnèse ni citation des expertises)

Il s'agit d'une personne assurée âgée de 36 ans, célibataire, sans enfant, au bénéfice d'une formation de psychologue (bachelor), ayant présenté en 2017 un cancer de la thyroïde à haute malignité pour lequel elle a bénéficié d'une thyroïdectomie totale, associée à une radiothérapie importante suite à la découverte de métastases pulmonaires.

Elle a effectué une demande AI le 25.08.2017 avec comme atteinte à la santé un carcinome papillaire de la thyroïde. Le cancer de la thyroïde est en rémission depuis mars 2018, ce qui est confirmé en date du 12.09.2019.

Du point de vue psychiatrique, les symptômes résiduels de cette intervention sont une grande fatigue ainsi qu'une baisse importante de la concentration et de la capacité de résistance et de tolérance au stress selon ses dires. La personne assurée s'adapte de bonne guerre à sa situation, mais voit sa vie quotidienne très diminuée. Elle a une formation universitaire et aimerait pouvoir achever sa formation de psychothérapeute et exercer comme tel, ce qui représente un gros défi pour elle puisque la fatigue ne lui permet pas de se concentrer de façon satisfaisante.

Du point de vue de la médecine interne, la personne assurée se plaint d'une asthénie physique ainsi que de troubles de la concentration et de l'attention.

I.1.d.2 Évaluation médicale interdisciplinaire avec une explication/motivation des diagnostics actuels

Du point de vue psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation est retenu. La personne assurée présente un état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales, qui est survenu au

cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important suite à un événement stressant qu'a représenté le diagnostic et le traitement d'un cancer très agressif de la thyroïde. Ce facteur de stress a entravé l'intégrité et l'environnement social de la personne assurée, son système global de support par rapport à son travail et sa capacité à exercer la passion pour laquelle elle s'est formée pendant des années. Le facteur de stress a été limité à la personne assurée elle-même. Le trouble présent chez la personne assurée ne serait probablement pas survenu en l'absence d'un diagnostic de cancer malin. Les manifestations de ces troubles sont variables et incluent une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets ou à supporter la situation actuelle par la personne assurée, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement du quotidien du fait de l'envahissement de la fatigue dans sa vie et des ralentissements. La personne assurée est suivie à raison d'une fois par semaine en psychothérapie et bénéficie d'un traitement antidépresseur, avec une mauvaise compliance à la prise médicamenteuse (dosage sanguin du taux plasmatique du Wellbutrin).

Selon les symptômes constatés le jour de l'expertise, le diagnostic de personnalité de type anxieux est également posé.

Du point de vue de la médecine interne, l'examen clinique retrouve une hypoesthésie du trapèze à droite, sans déficit moteur, séquellaire selon la personne assurée d'une luxation de l'épaule survenue lors de l'opération ; n'entraînant aucune entrave aux mouvements de l'épaule.

L'échelle ECOG retrouve un score de 0, soit patient entièrement actif, capable d'effectuer les mêmes activités pré-morbides sans restriction.

Sur le plan orthopédique-rhumatologique, la personne assurée se plaint de douleurs chroniques aux genoux et de douleurs au niveau du bas du dos. Une consultation orthopédique/rhumatologique est recommandée.

Le bilan biologique du 03.12.2019 confirme la rémission de l'atteinte oncologique et l'absence de dysthyroïdie clinique et biologique ainsi que la présence d'une hypoparathyroïdie persistante, asymptomatique au jour de l'examen (absence de crampes et de paresthésies).

L'examen clinique n'a pas retrouvé de substrat organique pouvant expliquer l'asthénie ainsi que les troubles de la concentration et de l'attention.

L'examen clinique n'a pas retrouvé de substrat organique pouvant expliquer l'asthénie."

Sur la base de leurs constatations les Dres M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ont conclu à une capacité de travail de 50 % pour des raisons psychiatriques qui, moyennant le suivi d'un traitement optimal (alliant la consultation d'un psychiatre au moins un fois par semaine et la poursuite de la prise de Wellbutrin®) exigé de la part de l'assurée, devait permettre

d'atteindre une capacité de travail de 100 % dans un délai de six mois (rapport d'expertise complémentaire du 12 mars 2020).

En l'occurrence, à la suite de la thyroïdectomie totale effectuée en mai 2017 et de deux traitements par radiothérapie métabolique datant de juillet et novembre 2017, l'assurée est substituée par lévothyroxine, calcium et calcitriol en raison d'un hypoparathyroïdisme persistant post-opératoire (rapport du 27 avril 2018 de la Dre T.\_\_\_\_\_).

Dans son rapport du 2 avril 2018, la Dre J.\_\_\_\_\_, diagnostiquant une fatigue secondaire à la néoplasie (depuis le 31 mai 2017), une radiothérapie métabolique pour la thyroïde (depuis les 24 juillet et 27 novembre 2017) et une thyroïdectomie avec évidemment ganglionnaire (le 3 mai 2017), a estimé la capacité de travail de l'assurée à 10 % depuis le 29 janvier 2018 dans sa profession habituelle comme dans une activité adaptée aux limitations retenues (fatigue, manque d'attention et somnolence). Selon sa description, l'assurée, qui avait repris son activité de thérapeute au taux de 10 %, ne parvenait pas à travailler convenablement en raison de son état de santé défailant depuis le traitement du cancer. Le 22 février 2019, le médecin traitant a confirmé la persistance d'une fatigue, des troubles de la mémoire et un déficit de l'attention et de la concentration chez l'assurée qui avait repris son emploi d'enseignante à 16 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018 et travaillait à 20 % comme psychologue déléguée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Le pronostic était réservé et l'intéressée n'avait « pas encore retrouvé les pleines capacités dont elle disposait avant son cancer ».

Dans le cadre du suivi qu'elle assurait depuis la mi-août 2018, la Dre O.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de thyroïdectomie totale avec évidemment ganglionnaire sur carcinome papillaire de la thyroïde et d'hypoparathyroïdie persistante depuis mai 2017, estimant que l'état de santé de l'assurée ne lui permettait pas de travailler à plein temps. Ce médecin a noté des symptômes actuels se traduisant par une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration, de mémorisation et de maintien de l'attention ; l'assurée présentait également de la difficulté

pour rester éveillée en journée et mobiliser ses ressources. Compte tenu du mauvais état de santé observé, la Dre O. \_\_\_\_\_ n'était pas en mesure de chiffrer la capacité de travail ; elle indiquait toutefois que les limitations fonctionnelles compliquaient l'organisation générale des tâches professionnelles avec un rendement général fortement abaissé (il fallait au moins 1,5 fois le temps habituel pour accomplir une tâche), que les déplacements en transports communs impactaient négativement l'énergie, que la conduite restait difficile (voir dangereuse) depuis la chirurgie, que l'humeur était abaissée et fluctuante, et qu'un ralentissement psychomoteur était constaté surtout le matin, influencé par des insomnies irrégulières. Constatant de plus que l'assurée avait été contrainte de repousser ses études qui devaient s'achever en 2019 à l'année suivante et qu'elle ne pouvait plus accomplir certains travaux ménagers depuis l'opération, la Dre O. \_\_\_\_\_ indiquait que si l'activité usuelle était limitée à deux heures par jour et moyennant des pauses, une profession adaptée n'était accessible qu'au maximum trois heures par jour (rapport du 24 avril 2019).

A la lecture de ses rapports des 30 janvier, 10 mai et 12 septembre 2019 le Dr L. \_\_\_\_\_, dans le cadre de la prise en charge de réadaptation en cours, a constaté qu'en raison de l'altération de l'état général des suites du cancer, l'assurée était limitée dans ses activités professionnelles ; elle présentait une incapacité de travail à 100 % et une reprise progressive était de rigueur.

Le 3 février 2020, le Dr U. \_\_\_\_\_, consulté en raison de plaintes mnésiques et attentionnelles entravant la reprise par l'assurée de l'activité de psychologue déléguée au-delà du taux de 20 %, a rapporté le signalement de symptômes d'anxiété, des difficultés d'endormissement, des réveils précoces et une fatigue générale. En présence de résultats aux tests paramétrés dans les normes pour la plupart des domaines cognitifs et de mémoire épisodique antérograde ainsi que pour les tests de langages, des fonctions visuo-perceptives et des fonctions exécutives (hormis une fluence phonologique diminuée), et un examen neurologique somatique avec une imagerie cérébrale dans les normes, l'évaluation

neurocomportementale suggérait un trouble cognitif léger, aspécifique, non localisable, qui concernait essentiellement l'attention soutenue et la mémoire de travail ; le neurologue a indiqué qu'il s'agissait d'un profil aspécifique, à mettre en relation avec le syndrome d'anxiété, de fatigue, les troubles du sommeil et possiblement l'hypocalcémie et la dérégulation thyroïdienne.

Dans son rapport du 15 avril 2020, indiquant que le traitement psychiatrique était à son maximum, la Dre G.\_\_\_\_\_ en a déduit que l'asthénie relevait en grande partie de l'état de santé physique de l'assurée.

Cela étant, l'assurée reçoit un traitement substitutif hormonal adéquat sans évidence de récurrence depuis plusieurs années de sorte que l'on se trouve désormais à distance du cancer, avec une situation somatique traitée et stabilisée. L'ensemble des médecins consultés depuis 2017 observent la persistance d'une fatigue potentiellement incapacitante chez l'assurée.

Dans l'arrêt paru aux ATF 139 V 346, la Haute Cour 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). Elle a ainsi admis qu'une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée au cancer (cf. ATF 139 V 346 consid. 3). L'état actuel de la science médicale s'accordant sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotionnels, 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. En se ralliant aux conclusions d'une expertise

bidisciplinaire (de médecine interne et psychiatrique) attestant une capacité résiduelle de travail de 50 % en raison d'une fatigabilité et d'une baisse de la concentration dues à un trouble de l'adaptation, avec une capacité totale attendue moyennant le suivi d'un traitement optimal exigible de la part de l'assurée, l'OAI n'a pas instruit le cas à satisfaction. En effet, compte tenu de leur spécialisation FMH respective, à eux seules, les Dres M.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ne justifiaient pas des connaissances correspondantes bien établies pour être en mesure d'apprécier la répercussion de l'état oncologique sur la capacité de travail de l'assurée. De plus, la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer n'a pas du tout été examinée.

A l'aune des éléments concordants relevés par l'ensemble du corps médical et de l'état actuel des connaissances médicales en matière de « *Cancer related fatigue* » sur lesquels se base la jurisprudence rappelée ci-avant, l'avis médical SMR du 19 janvier 2021 selon lequel « il n'est pas nécessaire d'avoir une évaluation oncologique car les traitements actifs aigus sont terminés » n'est pas pertinent.

**c)** Au vu des pièces actuelles au dossier, notamment la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer n'ayant pas du tout été examinée dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du N.\_\_\_\_\_ et son complément alors que les médecins consultés par l'assurée (Drs J.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_) la mentionnaient comme atteinte principale justifiant l'incapacité de travail, les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière satisfaisante et l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé oncologique de l'assurée. Compte tenu de cette lacune, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA - pour qu'il en complète l'instruction, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, oncologie, neurologie et psychiatrie)

conformément à l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

**5. a)** En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

**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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'950 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 29 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis 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 A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'950 fr. (deux mille neuf cent cinquante 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 Andres Perez (pour A. \_\_\_\_\_),
- 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 :