

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 février 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante,

et

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

**Art. 4 al. 1, 28 al. 1-2 et 29 al. 1 et 3 LAI ; 6ss, 17 al. 1, 43 al. 1 et
44 LPGA ; 88a al. 1 RAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille, depuis le 1^{er} avril 2000, en tant qu'assistante en soins et santé communautaires pour le compte de l'Hôpital de [...], à [...]. Engagée à plein temps, elle y œuvre au taux de 90% depuis 2007. Le 28 mai 2010, elle a déposé une demande de prestations pour adultes tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé). Elle indiquait quant au genre de l'atteinte à la santé, avoir subi, le 21 octobre 2009, une intervention chirurgicale pour un remplacement valvulaire en raison d'une insuffisance cardiaque d'origine malade. Elle mentionnait à ce titre les incapacités de travail suivantes :

- 100% du 21 octobre 2009 au 14 mars 2010 ;
- 80% du 15 mars au 12 avril 2010 ;
- 60% du 13 avril au 17 mai 2010 ;
- 50% dès le 18 mai 2010.

Dans un rapport du 7 juin 2010 à l'intention de l'OAI, les Drs S. _____, spécialiste en médecine du travail et T. _____, spécialiste en médecine interne et en médecine du travail, du service de médecine du personnel au [...], ont posé les diagnostics suivants :

- “• Status post-remplacement valvulaire mitral mécanique le 25.10.2009 en raison d'une insuffisance mitrale avec : BAV du 3^{ème} degré le 23.10.2009, pré-OAP le 26.10.2009, sepsis sur bactériémie à MSSA et endocardite de la valve mitrale prothétique probable.
- Insuffisance cardiaque globale à prédominance G sur dyssynchronie du ventricule G avec : hypokinésie globale du ventricule G, dyskinésie septale avec FE à 21% et insuffisance tricuspide sévère sur dilatation de l'oreillette D et du ventricule D
- ACR sur fibrillation ventriculaire le 12.12.2009 sur QT long acquis (Cordarone®, Méthadone et Primpéran®) persistant à 460 ms
- Hypertension artérielle
- Ancienne polytoxicomanie, abstinente sous substitution par Méthadone

- Hépatite C traitée par cinq mois d'Interféron en 2000, virémie indétectable en 2010
- Status post-cryoglobulinémie de type 2 en 1998
- Insuffisance rénale chronique
- Asthme bronchique
- Colonisation MRSA, décolonisée en janvier 2010.”

Ces praticiens mentionnaient une suite opératoire lentement favorable autorisant un retour à domicile dans le courant janvier 2010, l'assurée étant suivie en ambulatoire à la consultation de l'insuffisance cardiaque au CHUV. Ils indiquaient une reprise d'activité professionnelle à 20% depuis la mi-mars 2010 jusqu'à 50% (du taux contractuel de 90%) dès le 18 mai 2010. L'intéressée se plaignait de fatigabilité augmentée et d'une sensation d'oppression thoracique après cinq à six heures de travail quotidien. Il était alors trop tôt pour se prononcer quant à une reprise de l'activité habituelle d'aide en soins et santé communautaires en psychogériatrie à 90%.

Le 16 juin 2010, l'assurée a indiqué à l'Office AI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait au taux de 90% par nécessité financière.

Dans un rapport du 22 juin 2010 adressé à l'OAI, le Dr M._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics invalidants d'insuffisance cardiaque globale à prédominance gauche d'origine indéterminée (depuis 2009) et d'état dépressif réactionnel (depuis 2010). Compte tenu de l'état cardiaque de sa patiente (oppression thoracique, fatigue, douleurs généralisées, dyspnée à l'effort et manque d'énergie), il mentionnait un pronostic réservé, estimant l'incapacité de travail de celle-ci à 50% depuis le 18 mai 2010. Il retenait des limitations fonctionnelles, à savoir : pas d'activités exercées principalement en marchant / terrain irrégulier, pas de port de poids de plus de dix kilos et pas de montées sur une échelle / un échafaudage. La capacité de concentration était limitée (liée à la fatigue le 2^{ème} jour de travail) comme également la résistance de l'assurée. Le Dr M._____ a joint en annexe un rapport du 19 mai 2010 reçu du Professeur P._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, et du Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, de

la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] ([...]) du CHUV. Il en ressort ce qui suit sur l'évolution post-opératoire de l'assurée :

“Discussion :

L'évolution sur le plan cardiovasculaire est favorable. Actuellement, la patiente décrit une limitation modérée dans ses activités quotidiennes et retrouve progressivement le niveau de capacité fonctionnelle qui était le sien avant la pneumonie. L'examen clinique du jour ne démontre pas de signes d'insuffisance cardiaque.

Sur le plan paraclinique, le NT-pro BNP est stable (2322 ng/l). On constate par contre une insuffisance rénale aiguë (créat 211 umol/l, valeur habituelles :125umol/l). Le sédiment urinaire est inactif. L'étiologie de cette insuffisance rénale est probablement prérenale sur une hypovolémie. En effet, la patiente s'hydrate peu (moins de 1 litre par jour), notamment durant l'épisode fébrile ce qui a pu générer cette hypovolémie à la faveur de l'infection. Nous n'avons pas d'arguments pour un petit débit ni pour une atteinte d'ordre néphritique ou post rénale. Ainsi, nous avons recommandé à la patiente d'augmenter son hydratation à 1500ml(-2000)/jour et de prévoir un contrôle de la fonction rénale dans 2 semaines à votre cabinet (en vous priant de nous adresser une copie). Nous ne modifions pas pour l'heure le régime diurétique qui convenait bien à la patiente jusqu'alors.

Au vu de l'évolution clinique, nous décidons de maintenir le traitement d'insuffisance cardiaque en l'état et notamment la spironolactone. Nous proposons par contre de donner le bétabloquant le matin et de donner l'IEC le soir.

Concernant le QT long, on le mesure aujourd'hui à 470ms. Le test génétique à la recherche d'un QT long congénital est toujours en cours.

Au vu de l'évolution, nous proposons de surseoir pour l'heure à l'implantation d'une thérapie de resynchronisation ventriculaire. La patiente a néanmoins clairement les critères pour l'implantation et celle-ci sera rediscutée lors de chaque consultation au vu de l'évolution clinique.

Nous prévoyons de revoir Madame D. _____ dans trois mois [pour] une nouvelle évaluation clinique.

Traitement à la sortie:

Nebilet 5mg 1-0-0, Lisitril 20mg 0-0-1, Aldactone 25mg 1-0-0, Torem 10mg 1-0-0, Sintrom, Remeron 30mg 0-0-1, Oxycontin 15mg 1-0-1, Stilnox 1/2 cp au coucher.”

Il ressort en particulier ce qui suit d'un rapport d'évaluation du 2 juillet 2010 de l'un des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI, rédigé à la suite d'une entrevue du même jour avec l'assurée :

“[...] Structure de la journée, réseau de relations, loisirs :
Travaille à 45% d'un 100% (taux contractuel/habituel = 90%).
[...] Conclusion

L'assurée travaille dans le secteur de la psychogériatrie à l'hôpital de [...] dans la section admission. Elle explique que les situations avec des personnes en crise demandent beaucoup d'efforts. Actuellement elle a repris à 50% de son 90% soit à 45% et travaille des journées entières. Elle dit que si les journées de travail sont suivies par une journée de repos, cela va, mais souvent sa responsable lui met 2 jours de suite et l'assurée dit que le 2^{ème} jour au bout de 5h de travail, elle n'en peut plus : essoufflement lors des déplacements, sentiments d'oppression au cœur. Elle doit alors récupérer physiquement, le jour d'après. Lorsque je lui demande comment elle s'imagine dans un travail d'aide-infirmière moins astreignant, elle répond que cela devrait mieux aller. Cette impression d'oppression est nouvelle soit depuis qu'elle a augmenté son taux (18 mai 2010). [...]"

Au terme d'un rapport du 2 septembre 2010 à l'intention de l'OAI, la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne générale, de l'unité de toxicodépendances du Centre [...] à [...], s'est notamment exprimée comme il suit sous la rubrique "1.4 - Pronostic":

"Il s'agit d'une patiente qui présente un trouble dépressif récurrent et un trouble anxieux aggravés par la découverte récente d'atteintes cardiaques sévères ayant nécessité un traitement chirurgical suivi de complications ayant failli lui coûter la vie. Cette situation l'oblige à mobiliser toutes ses ressources pour reprendre une existence normale et gérer sa peur d'avoir de nouvelles complications cardiaques. Elle aime beaucoup sa profession d'infirmière assistance et souhaite continuer à l'exercer mais est obligée de constater qu'elle ne peut plus travailler comme avant pour les raisons mentionnées précédemment qui ne sont pas en relation avec son problème de dépendance puisqu'elle est abstinente depuis près de 10 ans.

Dans ce contexte, en raison des atteintes cardiaques et des graves complications post-opératoires qui ont aggravé son trouble anxieux, cette patiente présente une invalidité d'au moins 50%, qui devra être réévaluée régulièrement."

D'avis que la reprise de l'activité habituelle d'infirmière-assistante au taux de 45% correspondait bien à la capacité de travail exigible depuis l'intervention cardiaque, moyennant la possibilité pour l'assurée d'aménager ses horaires afin de travailler un jour sur deux, la Dresse X._____ recommandait également le maintien du suivi ambulatoire. En annexe, elle a joint en particulier un rapport du 12 août 2010 dans lequel, le Professeur P._____ et le Dr G._____, médecin-assistant, de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV, se prononçaient comme il suit sur l'évolution de l'état de santé cardiaque depuis la mi-mai 2010 :

“Discussion :

Nous revoyons Mme D. _____ en semi-urgence pour un épisode de palpitations et de sensation de perte de connaissance imminente sans évidence de syncope. Le niveau d'anxiété et de détresse psychologique de la patiente est apparent. Elle pourrait faire suspecter en 1^{er} lieu une manifestation de crise d'angoisse. Toutefois son histoire cardiaque et les antécédents de rythmologie nous poussent à considérer ce diagnostic par exclusion. La présentation n'est pas immédiatement inquiétante au vu de l'absence de signe de petit débit, de l'absence de perte de connaissance et du fait que la patiente a pu mesurer, avec son appareil, durant le pic des symptômes, une FC à 72/mn et TA à 130/90 mmHg.

La situation cardiologi[qu]e globale semble relativement stable bien que la patiente signale une peine à souffler un peu plus importante qu'au mois de mai dernier. Nous sommes interpellés par la répétition d'épisodes de bronchite ou d'épisodes asthmatiformes qui se surajoutent à la problématique cardiaque. En revoyant les examens de laboratoire, nous retrouvons au mois d'avril une leucocytose avec éosinophilie périphérique et sur la prise de sang de ce jour, nous retrouvons également une leucocytose à 13.8 G/l accompagnée d'une éosinophilie à la limite supérieure de la norme. Il n'y a pas d'autre évidence de syndrome inflammatoire avec une CRP à 3 mg/l. La péjoration de la dyspnée depuis le mois de mai ne semble pas être en relation avec une aggravation de la situation cardiaque comme en atteste la diminution des taux de BNP de 2322 à 1574 ng/l. On relève par ailleurs au bilan sanguin une amélioration des valeurs de Créatinine qui ont actuellement retrouvé leur valeur habituelle à 127 µmol/l.

Dans ces conditions, nous avons proposé à la patiente un arrêt complet de travail ce qu'elle ne souhaite pas, estimant qu'une activité professionnelle lui est actuellement bénéfique. Elle se réserve la possibilité de revenir sur cette décision en cas de persistance des symptômes. Un R-Test est organisé afin de corréliser les symptômes à l'ECG et nous reverrons la patiente dans 1 semaine, avec échocardiographie, test d'effort et fonctions pulmonaires complètes. Nous restons à disposition pour voir la patiente dans l'intervalle si elle le souhaite.”

Dans un rapport non daté mais reçu le 14 février 2011 par l'OAI, le Professeur P. _____ a indiqué qu'en raison d'une limitation importante à l'effort (après stabilisation), avec indication pour la mise en place d'un dispositif resynchronisant, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 60% dans son activité habituelle. Dans un travail semi-assis (alternant les positions debout / assise), la capacité de travail précitée pouvait même être majorée de 10% mais sans plus ample amélioration à attendre. Ce cardiologue retenait des limitations fonctionnelles pour tous les travaux adaptés, excepté dans des activités

exercées uniquement en position assise. Il mentionnait également des capacités de concentration et d'adaptation ainsi qu'une résistance limitées, ces indications étant valables "au moins [depuis] le 20.10.2009".

Par courrier du 1^{er} mars 2011, la Dresse X._____ a pour sa part répondu comme il suit aux questions de l'Office AI :

“[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé ?]

Depuis notre rapport de septembre 2010, l'état de santé de cette patiente s'est péjoré sur le plan psychique, puisqu'elle a dû être hospitalisée [à la] mi-octobre pour une mise à l'abri en raison d'angoisses envahissantes. Depuis l'intervention cardiaque de 2009 (remplacement de la valve mitrale) qui a été suivie de complications majeures (arrêt cardio-respiratoire), Mme D._____ est sujette à des angoisses de mort. Dans un premier temps, elles n'apparaissent que sporadiquement et préférentiellement lors des moments de solitude. En septembre 2010, elle a présenté, un malaise pour lequel les investigations cardiologiques n'ont pas mis en évidence de cause organique. Depuis, ses angoisses de mort deviennent de plus en plus fréquentes et ne sont plus calmées par la médication, ni le contact avec les membres de sa famille. A l'automne 2010, très éprouvée, elle contacte son médecin traitant pour demander une hospitalisation en urgence. En raison de son activité professionnelle en tant qu'infirmière en psychogériatrie à [...], elle est hospitalisée sur le secteur [...]. L'évaluation pendant le séjour permet de poser le diagnostic trouble panique (F41.0) d'état dépressif moyen (F32.1), en plus des autres diagnostics mentionnés dans notre précédent rapport.

[2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?]

Depuis décembre 2010, elle a repris une activité d'environ 30% qui semble bien lui convenir.

[3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?]

Capacité mentionnée dans notre rapport de 2010, c'est-à-dire 45%, ce qui correspond au 50% de son 90% exercé avant son opération cardiaque.

[4. Quelles sont ses limitations fonctionnelles ?]

Sur le plan physique se référer à la page 5 de notre rapport de septembre 2010.

Sur le plan psychique cette patiente présente un trouble encore mal stabilisé et il n'est pas possible actuellement de se prononcer.”

Le 31 mars 2011, l'employeur a transmis à l'Office AI, la copie d'un compte rendu du dernier rendez-vous de l'assurée à la consultation de l'insuffisance cardiaque le 31 janvier 2011 ainsi que l'échographie

cardiaque du même jour. Le Professeur P._____ y décrivait une situation cardiovasculaire stable avec la poursuite de la médication prescrite d'ici à la prochaine consultation avec prise de sang fixée dans trois mois. Ce cardiologue observait qu'une fatigue plus prononcée les lendemains d'un jour de travail démontrait une limitation importante de la capacité d'effort malgré la stabilisation. A l'examen électrocardiographique (ECG) et échographique, l'assurée présentait des critères favorables à la resynchronisation et avec son traitement médical optimisé, elle avait déjà réalisé un remodelage important avec la quasi normalisation de sa fraction d'éjection (entre 50 et 55%). Dans ce contexte, sa capacité d'effort ne pouvait probablement être augmentée qu'après la pose d'un dispositif de resynchronisation, élément qui devait prochainement être discuté avec le Professeur F._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, médecin-chef de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV.

Par communication du 4 avril 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle (MOP) n'était envisageable compte tenu de son état de santé. Son droit à une éventuelle rente allait être examiné.

Le 5 août 2011, le Dr M._____ a répondu comme il suit aux questions de l'Office AI adressées dans l'intervalle :

"[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée ?]

Conditionnée par l'état cardiaque (cf. rapport du 20.07.11 du CHUV) nécessitant la mise en place d'un pacemaker dans le courant de l'automne 2011. Par ailleurs un suivi psychiatrique est mis en place, avec une évolution favorable sur le plan de la dépression.

[2. Quelles sont les limitations fonctionnelles à tenir en compte ?]

Depuis plus d'une année, Mme D._____ ne peut pas travailler deux jours de suite et les horaires doivent être adaptés en conséquence, en respectant également le rythme d'un week-end sur deux. Les horaires sont de 11h30 à 15h45, correspondant à un travail à 40%. Il est possible voire probable, que cette capacité de travail puisse s'améliorer après l'intervention cardiologique en automne. Il faut également tenir compte d'un état pulmonaire limité avec un asthme qui est encore en investigation au CHUV.

[3. Quelle est la capacité de travail exigible dans son activité habituelle ?]

40% dans le cadre d'une activité habituelle à 80%.

[4. Quelles est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et depuis quand ?]

L'activité adaptée est celle décrite ci-dessus, avec des horaires adéquats, ce qui est le cas depuis le 15.12.2010."

En annexe à ce rapport, le Dr M._____ a joint un compte rendu du 20 juillet 2011 à la suite du dernier rendez-vous de l'assurée auprès de la consultation de l'insuffisance cardiaque le jour précédent. Le Professeur P._____ et la Dresse E._____, spécialiste en cardiologie, s'y exprimaient comme il suit depuis leur précédente consultation de la fin janvier 2011:

"Discussion :

Sur le plan cardiovasculaire, la patiente ne présente pas de signes de décompensation cardiaque aiguë, nous remarquons principalement une légère surcharge hydrique depuis l'arrêt de l'Aldactone.

Sur le plan biologique, nous notons également une légère majoration de son taux de NT-proBNP à 1'837 ng/L (1'419 ng/L en mai 2011).

Sur le plan pulmonaire, l'examen réalisé ne permet pas d'exclure une étiologie pulmonaire de type asthmatique à la dyspnée présentée par la patiente, c'est pourquoi nous insistons pour qu'elle soit revue en consultation de pneumologie dans les prochaines semaines.

Sur le plan cardiaque, au niveau électrocardiographique et échographique, la patiente présente des critères favorables à la resynchronisation. L'étiologie de cette dyspnée peut également être secondaire à la désynchronisation interventriculaire. Nous proposons donc à la patiente l'instauration d'un dispositif de resynchronisation et d'être vue par ailleurs en consultation de rythmologie par le Dr H._____.

Sur le plan du traitement médicamenteux cardiaque, nous avons un traitement optimal et, malgré la prise de poids relatif à l'arrêt de l'Aldactone, nous n'allons pas reprendre celui-ci. Nous proposons à la patiente de majorer légèrement les doses de Torem en alternant 10 mg 1j/2 et 15 mg 1j/2 jusqu'à un retour à un poids sec de 70 kg.

La patiente sera convoquée par courrier pour la consultation de pneumologie et la consultation de rythmologie dans les prochaines semaines.

Nous reverrons Mme D._____ en consultation de l'insuffisance cardiaque dans le courant du mois d'octobre.”

Le 16 août 2011, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du département de psychiatrie du Centre [...] à [...], a pour sa part répondu comme il suit aux interrogations de l'OAI :

“[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de l'assurée ?]

Depuis notre dernier rapport de mars 2011, l'état de santé psychique de Madame D._____ est resté la plupart du temps stationnaire. Elle est toujours suivie au Centre [...] à [...] en raison d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est moyen, d'une anxiété généralisée et d'une dépendance aux opiacés dont elle est depuis longtemps abstinente et sous traitement de substitution. Madame D._____ continue à être prise en charge sur le plan somatique par le Dr M._____ à [...] en raison de sa grave atteinte cardiaque. C'est aussi ce médecin qui atteste de l'incapacité de travail.

Madame D._____ présente par période[s] des exacerbations de symptômes anxio-dépressifs souvent en lien avec ses problèmes cardiaques ou sa difficulté à supporter son rythme de travail. Elle conserve toutefois son autonomie en vivant dans son appartement et est motivée à poursuivre son activité professionnelle à un pourcentage qui tient compte de ses limitations.

[2. Quelles sont les limitations fonctionnelles à tenir en compte ?]

En plus des limitations en lien avec sa grave atteinte cardiaque dont pourra attester le Dr M._____, Madame D._____ présente une anxiété importante et continue. Des symptômes dépressifs sont aussi présents avec une baisse de l'élan vital, une fatigabilité importante, des ruminations, des troubles du sommeil, un sentiment de déprime et de découragement, une hypersensibilité au stress.

[3. Quelle est la capacité de travail exigible dans son activité habituelle?]

Actuellement, Madame D._____ bénéficie d'une incapacité de travail de 50% de son taux habituel de 90%. Bien que son travail la valorise et lui permet de maintenir la plus grande autonomie possible, Madame D._____ reste très sensible au stress et sa capacité d'adaptation est nettement réduite. Les symptômes de dépression et d'anxiété présents sur de longues périodes la fragilisent beaucoup. Dans ces conditions et en accord avec son médecin généraliste, il nous paraît clair que sa capacité de travail ne peut pas être augmentée.

[4. Quelles est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée et depuis quand ?]

Madame D._____ exerce sa profession à un pourcentage réduit en raison de graves atteintes à sa santé physique et psychique. Cette

activité reste tout à fait adaptée si l'on tient compte de ses limitations qui imposent des journées de travail courtes. Il est donc important que Madame D._____ puisse continuer à pratiquer la profession pour laquelle elle est formée. De plus, ses capacités d'adaptation à une nouvelle activité sont nettement réduites.”

Questionné quant à la pose d'un pacemaker à l'automne 2011, le Dr M._____ a indiqué le 11 novembre 2011 à l'OAI qu'il n'y avait pas encore d'indication pour ce faire.

Le 30 janvier 2012, le Dr V._____ a mentionné un état de santé psychique globalement stationnaire depuis son précédent rapport en précisant que l'assurée poursuivait son suivi régulier au Centre [...] à [...] et qu'elle restait abstinente aux consommations non prescrites d'opiacés. L'intéressée bénéficiait ainsi d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré lors duquel, elle s'entretenait régulièrement avec son référent, en collaboration avec un médecin-psychiatre. La médication antidépressive et anxiolytique associait la prise de Sertraline® (100 mg/j.), Trittico® (50 mg le soir) et Temesta® (1mg 2x/j.) en réserve. Le Dr V._____ relevait l'importance pour l'assurée de continuer son travail au taux réduit qui était le sien sans modification de sa capacité de travail.

Le 3 septembre 2012, l'OAI a recueilli la copie d'un courrier médical du 4 janvier 2012 adressé au médecin traitant. Le Professeur P._____ et la Dresse B._____, médecin-assistante de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV, décrivaient une situation cardiaque "plutôt favorable" avec une récupération par l'assurée de sa fonction systolique depuis janvier 2011. La symptomatologie de l'intéressée (à savoir une fatigue marquée associée à une dyspnée de stade II d'origine indéterminée depuis quelques mois) n'avait pas une étiologie pulmonaire ni d'argument hépatologique. Cette dyspnée et fatigue étaient éventuellement imputables à un problème psychique ou un déconditionnement physique. Le prochain contrôle était prévu dans quatre à cinq mois.

L'OAI a confié au C._____ (C._____) à [...] le soin d'effectuer une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, cardiologique et psychiatrique). A cette fin, l'assurée a été convoquée dans les locaux du C._____ le 27 septembre 2013. Elle y a été examinée par les Drs Z._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en cardiologie et N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces experts ont établi leur rapport le 21 janvier 2014. Ils ont posé les diagnostics suivants :

“4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

Aucun pris isolément, cf. discussion.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01).
- Personnalité dépendante (F60.7).
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinent (F11.20).
- Remplacement valvulaire mitral par une valve mécanique le 21 octobre 2009.
- Fonction ventriculaire gauche à la limite inférieure de la norme.”

Dans leur rapport, les experts précités se sont notamment exprimés en ces termes sur l'état de santé de l'assurée :

“SYNTHÈSE ET DISCUSSION

[...]

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan médecine interne, Madame D._____ présente une obésité de classe I elle est tabagique et souffre d'une tendance à la gastrite chronique. Elle se traite avec succès pour une hypertension artérielle essentielle ainsi que pour un asthme allergique sans répercussion fonctionnelle autre que des surinfections bronchiques hivernales.

Aucune de ces affections n'influence la capacité de travail.

Sur le plan cardiologique, l'échocardiographie effectuée ce jour retrouve une fonction ventriculaire gauche à la limite inférieure de la norme, avec une fraction d'éjection aux alentours de 50 %, et une valve mitrale prothétique sans signe de dysfonction. On observe également une régurgitation tricuspидienne modérée sans hypertension pulmonaire.

L'ergométrie confirme la présence d'une aptitude physique plutôt moyenne, correspondant à 5,5 METS, soit 76 % de la valeur attendue. De même, la fréquence cardiaque s'élève peu sous traitement de Nebilet 5 mg, atteignant 67 % de la valeur maximale théorique. Ces examens complémentaires n'expliquent pas la fatigue et les troubles de la concentration présentés. Il n'y a donc à notre avis pas de contre-indication à une activité professionnelle, ni de limitation particulière à proposer.

Toutefois une participation de son traitement de l'insuffisance cardiaque aux symptômes est possible, ces traitements générant une tendance hypotensive et une faible élévation de la fréquence à l'effort comme documenté ici. Au vu de la bonne récupération de la fonction ventriculaire gauche, ce traitement pourrait être de l'avis de l'expert diminué.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et notre observation, nous retenons un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique. Le trouble de l'humeur est présent de longue date. Il s'est aggravé suite à une maladie cardiaque, ce qui est assez caractéristique.

Globalement, les plaintes subjectives correspondent à l'observation clinique, hormis l'absence de troubles cognitifs. Cette appréciation correspond à la description d'un intérêt et d'une capacité conservée pour la lecture. En revanche, nous avons pu observer un ralentissement psychomoteur et un état de fatigue.

La sévérité du trouble de l'humeur évolue au cours du temps. Les phases de dépression plus marquées ne durent que quelques semaines. Durant ces phases, Madame D._____ présente certainement des épisodes dépressifs modérés. Elle peut également se sentir relativement bien durant quelques semaines sans que l'on puisse déterminer si Madame D._____ présente des phases de rémission complète.

Madame D._____ a reçu des antidépresseurs depuis l'âge de 20 ans, la prescription est régulière depuis 1997. Elle a reçu de l'Efexor, de la Fluctine, de l'Anafranil, du Reméron. Depuis la fin de l'année 2011, elle reçoit du Zoloft et le Trittico a été ajouté au début de l'année 2012. Ces changements de traitement illustrent la difficulté à stabiliser son état psychique.

Le monitoring thérapeutique montre un taux thérapeutique pour la Sertraline et infra-thérapeutique pour la trazodone. Ce dernier résultat s'explique par la faible dose prescrite. Il n'y a pas d'adaptation pharmacologique à proposer.

Madame D._____ a présenté un trouble panique en lien avec des angoisses somatiques importantes. Cela faisait suite à ses problèmes cardiaques. Ces fortes angoisses ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique durant l'automne 2010. Actuellement, Madame D._____ ne présente plus d'attaque de panique depuis le séjour à la clinique de [...] et les angoisses diminuent. De plus, elle s'est adaptée aux bruits particuliers de la valve cardiaque.

Le trouble panique étant une comorbidité fréquente d'un épisode dépressif, la disparition des épisodes d'anxiété paroxystique est un signe de l'atténuation du trouble de l'humeur. Par ailleurs, Madame D. _____ ne souffre pas d'hypochondrie.

Elle présente des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement abstinente. Le traitement de substitution a été récemment interrompu, tout comme la prise en charge spécialisée par un infirmier. Ce sevrage réussi dénote aussi l'amélioration globale de Madame D. _____.

La recherche de toxiques dans les urines a confirmé cette abstinence et n'a pas révélé de prise d'autres toxiques.

Madame D. _____ présente une personnalité dépendante.

Le tableau clinique est marqué par une faible tolérance au stress, rapportée par les thérapeutes et par l'expertisée. Depuis le début de l'incapacité de travail le 18 mai 2010, son état psychique s'est amélioré comme décrit ci-dessus.

Prises isolément, aucune des affections psychiatriques décrites ci-dessus n'est responsable d'une incapacité de travail. Le trouble de l'humeur fluctue entre un épisode dépressif léger et modéré. Le trouble panique a cessé. La personnalité dépendante est présente de longue date et n'a pas entravé significativement la capacité de travail par le passé. Finalement, Madame D. _____ a cessé la consommation d'opiacés. La fluctuation de l'humeur reste cependant probable, associée au trouble de la personnalité et à la faible tolérance au stress, on peut s'attendre à un vraisemblable ralentissement périodique, ceci principalement dans une activité à 100%."

Les experts du C. _____ ont estimé la capacité de travail de l'intéressée comme complète (en temps et rendement), depuis le 10 mai 2010, dans une activité à 80% (tel le poste habituel réputé adapté), un travail exercé à 100% n'étant pas indiqué pour les motifs mentionnés.

Dans un rapport du 4 février 2014, le Dr R. _____ a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée en retenant comme atteinte principale à la santé, une insuffisance mitrale traitée par mise en place d'une valve mitrale mécanique (I34.9), avec comme pathologies associées, du ressort de l'assurance-invalidité, un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, une personnalité dépendante et une FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) de 50%. Les facteurs / diagnostics associés, non du ressort de l'assurance-invalidité, étaient un cannabisme et une obésité. Les limitations fonctionnelles consistaient, selon le médecin du SMR, à une activité sans

haut niveau de stress et sans horaire irrégulier et en une fatigabilité. Il mentionnait une incapacité de travail à 100% dès le 7 septembre 2009, diminuant à un taux de 50% dès le 18 mai 2010, puis de 20% depuis septembre 2013. Le Dr R. _____ considérait ces taux applicables dans l'activité habituelle exercée à 80% ainsi que pour une activité adaptée à 100% mais avec une diminution de rendement de 20%.

Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 24 avril 2014 retient le statut de 90% active et de 10% ménagère, et conclut à un taux d'invalidité ménager de 6.8%. Il en résulte que l'intéressée travaillait à 48%, ce qui correspondait à un emploi de 80% (taux contractuel) exercé à 60%. L'assurée rencontrant des problèmes de santé pour le maintien de son contrat au taux de 90%, son employeur l'avait diminué à 80% d'un commun accord; elle estimait en effet ne pas être en mesure de travailler à un taux supérieur dans son emploi habituel adapté (soit sans soins de base, sans manutention et moyennant une répartition sur trois et cinq jours par semaine, pas plus de cinq heures par jour). Ce taux de travail (de 48%) était approuvé par son médecin traitant.

Par projet d'acceptation de rente du 8 mai 2014, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui allouer un quart de rente limité dans le temps, du 1^{er} novembre 2010 au 30 novembre 2013, sur la base d'un degré d'invalidité de 41%. Il observait que son état de santé s'était progressivement amélioré jusqu'à recouvrer une capacité de travail de 80% dès le mois de septembre 2013. Trois mois après l'amélioration, le degré d'invalidité n'était que de 17% ne donnant pas droit à une rente. Ses constatations étaient les suivantes :

“Résultat de nos constatations :

Vous avez déposé une demande de prestations AI le 28 mai 2010.

Selon les renseignements en notre possession, vous avez été en incapacité de travail dès le 7 septembre 2009. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Selon vos déclarations, nous avons retenu que, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 90% et consacriez le 10% restant à la tenue de votre ménage. Nous vous

avons dès lors considérée comme une personne active à 90% et ménagère à 10%.

Lors de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile le 16 avril 2014, les empêchements que vous rencontrez dans l'accomplissement de vos tâches ménagères ont été évalués à 6,8%.

Sur la base des éléments médicaux en notre possession, et plus particulièrement le rapport d'expertise du C._____ de [...], il ressort que votre capacité de travail est de 50% depuis le 18 mai 2010 et de 80% dès le mois de septembre 2013, et ce dans toute activité professionnelle.

A l'échéance du délai d'attente, soit le 1^{er} septembre 2010, le taux d'invalidité sur la part active se calcule comme suit :

$$\frac{90\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)} - 50\% \text{ (capacité de travail résiduelle)} \times 100}{90\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)}} = 44,4\%$$

L'invalidité globale (active et ménagère) se calcule comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	90%	44,4%	40%
Ménagère	10%	6,8%	0,68%
Degré d'invalidité			41%

Ce degré ouvre le droit à un quart de rente AI.

Dès le mois de septembre 2013, votre capacité de travail est de 80%. A cette date, le taux d'invalidité sur la part active se calcule comme suit :

$$\frac{90\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)} - 80\% \text{ (capacité de travail résiduelle)} \times 100}{90\% \text{ (taux d'activité en bonne santé)}} = 11,1\%$$

L'invalidité globale (active et ménagère) se calcule comme suit :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	90%	11,1%	10%
Ménagère	10%	6,8%	0,68%
Degré d'invalidité			11%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est la suivante :

Le droit potentiel à la rente naît le 1^{er} septembre 2010. Vous avez cependant déposé votre demande de prestations le 25 [recte : 28] mai 2010 seulement. Dès lors, votre demande est tardive et la rente ne peut vous être allouée que six mois après son dépôt, soit dès le

1^{er} novembre 2010 (selon l'art. 29 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] précité).

Par conséquent, dès le 1^{er} novembre 2010, vous avez droit à un quart de rente AI, sur la base d'un degré d'invalidité de 41%, et ce jusqu'au 30 novembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail (selon l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] précité).”

Les 15 mai et 18 juillet 2014, l'assurée a fait part de son désaccord au projet de l'OAI de lui octroyer un quart de rente limité dans le temps, indiquant que divers documents parviendraient prochainement.

Le 20 novembre 2014, l'OAI s'est vu transmettre un courrier médical du 18 novembre 2014 adressé au Dr M._____. Le Professeur P._____ et le Dr W._____, médecin-assistant de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV retenaient toujours une dyspnée de classe NYHA (New York Heart Association) ayant motivé de nouvelles investigations cardiologiques au terme desquelles, l'implantation d'un pacemaker de resynchronisation devait également être évaluée. Il s'agissait de maintenir un *statu quo* jusqu'à ce que la cause de la dyspnée, à savoir un problème organique *versus* un problème psychologique, ne soit établie de manière formelle.

Dans un avis médical SMR du 2 décembre 2014, les Drs R._____ et L._____, spécialiste en anesthésiologie, ont estimé que les médecins traitants de l'assurée n'apportaient pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux susceptibles de modifier l'appréciation ressortant du rapport du 4 février 2014 reposant sur les constatations et conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du C._____ du 21 janvier 2014.

Par lettre du 2 février 2015, l'OAI a informé l'assurée que de l'avis de son médecin-conseil, elle ne présentait aucune modification ou aggravation de son état de santé depuis l'expertise de janvier 2014 au C._____. L'intéressée était rendue attentive en outre qu'elle recevrait une décision sujette à recours confirmant en intégralité le projet d'acceptation de rente du 8 mai 2014.

Le 30 mai 2015, le Dr M._____ a fait part à l'Office AI d'une "évolution physique défavorable liée à des paramètres cardiologiques nouveaux", à la suite des dernières investigations menées par le Professeur P._____, dont le rapport devait suivre.

Dans un rapport du 19 juin 2015 adressé au médecin traitant, le Professeur P._____ et le Dr J._____, médecin-assistant de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV, se sont prononcés comme il suit sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée au terme de leurs derniers examens (à savoir, une ergospirométrie du 27 mai et une échocardiographie du 18 juin 2015) :

“Discussion :

L'évolution par rapport à notre précédente consultation demeure stable. Cependant et globalement, malgré une récupération progressive de sa FEVG [fraction d'éjection ventriculaire gauche] sur les dernières années, celle-ci demeure inférieure à 60% et la situation de Mme D._____ s'inscrit dans une situation d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée. Son insuffisance cardiaque demeure toujours bien présente comme illustré par sa récente ergospirométrie démontrant une capacité fonctionnelle à seulement 68% du prédict. Par ailleurs, la situation stabilisée présentée par la patiente n'est possible qu'avec un traitement d'insuffisance cardiaque conséquent et la situation demeure fragile avec un suivi régulier nécessaire.

Sur le plan médicamenteux, en raison d'un bilan ferritique réalisé en avril 2015 ayant montré une ferritine à 100 µg/l avec un coefficient de saturation de la transferrine inférieur à 20% (0,18), nous vous proposons d'effectuer à votre cabinet une injection i/v de 500 mg de Ferinject®.

Concernant les vertiges présentés par la patiente, dans la mesure où ceux-ci sont toujours présents depuis la diminution de son lisinopril et dans la mesure où la patiente a pu objectiver que, durant ces épisodes, la TA [tension artérielle] est parfois élevée (jusqu'à supérieure à 140 mmHg), nous réaugmentons le traitement de lisinopril jusqu'à 20 mg. Nous reverrons Mme D._____ dans six mois pour un nouveau contrôle.”

Le traitement médicamenteux prescrit était le suivant:

“Traitement actuel :

Sintrom® selon INR
Lisinopril 20 mg 1x/j
Nebilet® 2,5 mg 1x/j
Torasémide 10 mg 1x/j

Mag 2 1x/j
Zoloft® 50 1x/j
Trittico® 50 1x/j
Zolpidem 5 mg en réserve
Seretide® 250 µg 2x/j”

Le 30 juin 2015, le Dr M. _____ a transmis à l'OAI une liasse de rapports des cardiologues traitants de l'assurée dont ceux des 18 novembre 2014 et 19 juin 2015 déjà au dossier. Il en ressort les nouveaux éléments suivants :

- un rapport du 23 mars 2015 relatant la batterie d'examens cardiologiques effectués le 17 février 2015 ;

- un rapport du 25 mars 2015 du Dr J. _____ consécutif à un cathétérisme droit organisé le 18 mars 2015, examen qui a mis en évidence chez l'assurée une baisse de débit cardiaque à 4.3 l/minute (sans hypertension artérielle pulmonaire post capillaire au repos), une hypertension pulmonaire post capillaire sur Handgrip et une faible tachycardisation (rythme cardiaque plus rapide que la normale) à l'effort. Il en ressort également les diagnostics suivants :

“Diagnostic principal :

- Insuffisance cardiaque globale à prédominance gauche d'origine indéterminée avec :
 - Echocardiographie de stress du 25.11.2014 : écho de repos. VG non dilaté, de fonction systolique normale (FE 62%). Strain longitudinal de -17,3%, considéré bon compte tenu de la présence d'une prothèse mitrale mécanique. Bonne fonction de la prothèse mitrale avec gradient moyen de 4 mmHg sans insuffisance mitrale détectable. Gradient d'IT de 21 mmHg. Effort par bicyclette ergométrique avec à l'ECG développement du bloc de branche gauche complet dès effort de 40 W à fréquence cardiaque de 80 bpm, non résolutif en récupération. Recrutement visuellement de tous les segments myocardiques malgré un aspect désynchronisé de la contraction. FEVG au pic 68% et strain longitudinal de 21,5%. Gradient d'IT de 38mmHg. Arrêt de l'effort pour épuisement/dyspnée, survenu à 65% de la FCMT faisant évoquer une incompétence chronotrope associée.
 - Ergospirométrie du 30.07.2014 : épreuve d'effort sous-maximale sur le plan métabolique démontrant avant tout une limitation périphérique à l'effort par déconditionnement physique (RER<1,1, VO2 inadéquatement élevé par rapport à la puissance, seuil anaérobie abaissé). Plateau précoce de

pouls d'oxygène mais qui reste normal à 108% du prédif à VO2 pic.

- Echographie transthoracique du 15.04.2014 : VG non dilaté avec FEVG calculée à 53% sans anomalie de la cinétique segmentaire. Prothèse mécanique mitrale de bonne perméabilité avec gradient moyen de 6 mmHg et absence d'insuffisance significative. OG dilatée, VD de morphologie et fonction globale normales. Insuffisance tricuspидienne importante. http peu probable mesurée à 28 mmHg. Absence d'épanchement péricardique.
- IRM cardiaque le 23.12.2009 : contractions typiques d'un bloc de branche gauche avec FEVG à 21%, « septal flash » et une contraction de la paroi latérale tardive associée à un mouvement paradoxal du septum.
- RVM mécanique (ATS 29) le 21.10.2009 pour insuffisance mitrale sévère avec :
 - BAV du 3^{ème} degré le 23.10.2009
 - S/p sepsis sur bactériémie à MSSA (4/4 bouteilles d'hémoculture positives le 31.10.2009) et suspicion d'endocardite de la valve mitrale prothétique.
 - ACR sur fibrillation ventriculaire, ROSC 5 minutes le 12.12.2009, sur QT long (acquis sur Cordarone, Méthadone et Pimpéran).

Diagnostics secondaires :

- Insuffisance rénale chronique de stade II (eGFR à 40 ml/min/1.73 m²).
- Tabagisme actif.
- Ancienne polytoxicomanie, abstinente sous substitution de méthadone puis Oxycontin et actuellement toute substitution arrêtée.
- Hépatite C traitée pendant 5 mois par Interféron en 2000 avec virémie indétectable en 2010.
- Notion d'asthme bronchique.
- S/p colonisation à MRSA, décolonisée en janvier 2010 (2 frottis négatifs).
- S/p cryoglobulinémie type II 1998." ;

- un rapport du 26 juin 2015 du Professeur P. _____ et du Dr N.N. _____, médecin-assistant de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV qui reprend l'ensemble des diagnostics précités en ajoutant, sous le diagnostic principal d'insuffisance cardiaque globale à prédominance gauche d'origine indéterminée, les résultats du cathétérisme droit du 18 mars 2015. En annexe, figurait le rapport relatif à la dernière ergospirométrie du 27 mai 2015 au terme duquel le Dr A. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, médecin associé de la consultation d'insuffisance cardiaque à la [...] du CHUV s'est exprimé comme il suit :

“Conclusions : Epreuve d'effort maximale sur le plan métabolique démontrant une capacité aérobie en détérioration depuis juillet 2014, possiblement en lien avec la diminution des médicaments de l'insuffisance cardiaque. La faible FC [fonction cardiaque] max atteinte, la baisse de pouls d'oxygène et la légère augmentation de pente VE/VCO₂ vont dans ce sens. La participation d'un déconditionnement à l'effort doit aussi être évoquée au vu du faible seuil anaérobie.

Proposition : réalisation rapide d'une échographie avant consultation.”

Le 1^{er} juillet 2015, à l'occasion de l'instruction complémentaire, le Dr R._____ s'est adressé aux cardiologues du CHUV en les invitant à répondre aux questions suivantes :

- Pourriez-vous nous fournir le compte rendu intégral de l'ergospirométrie du 30 juillet 2014 ainsi que de celle du 27 mai 2015 ?
- Avez-vous établi de manière formelle comme vous l'évoquez dans votre courrier du 18 novembre 2014 la cause de la dyspnée NYHA II et qu'elle est cette cause ?
- Dans une activité d'assistante en soins communautaires sans activité physique lourde, à horaire régulier ou au choix de l'assurée à 80% ou à temps plein avec une baisse de rendement afin d'aménager des pauses au gré de l'assurée (90' par jour de travail), pour quelles raisons cardiologiques/limitations fonctionnelles cardiaques, la capacité de travail ne serait pas actuellement de 100% avec une baisse de rendement de 20% ?”

Le 15 juillet 2015, outre les éléments déjà en sa possession, l'OAI a recueilli la copie d'un courrier médical du 13 juillet 2015 adressé au Dr M._____ par le Professeur P._____ et le Dr J._____. Il en ressort ce qui suit :

“Nous vous avons récemment fait parvenir un courrier relatif à notre consultation ambulatoire de Mme D._____, datant du 18.06.2015.

Ce courrier a également été envoyé à l'assurance[-]invalidité afin de leur faire part des importantes limitations présentées par la patiente dans le cadre de son insuffisance cardiaque globale à prédominance gauche.

A travers ces quelques lignes, nous voulions vous transmettre que de notre point de vue, une activité professionnelle à plus de 50% ne nous paraît pas raisonnable chez cette patiente compte tenu de ses diagnostics et des symptômes rapportés. Nous nous tenons à votre entière disposition pour davantage de renseignements si nécessaire ou pour vous soutenir dans d'éventuelles démarches.”

Il ressort ce qui suit d'un avis "Audition" du 20 juillet 2015 des Drs R. _____ et Z.Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, du SMR :

“Le rapport de consultation du Pr P. _____ du 19 juin 2015 confirme la stabilité de la dyspnée classée NYHA II, soit inchangée depuis l'expertise C. _____ de 2014. L'ergospirométrie démontre un déconditionnement à l'effort et une diminution de la réserve fonctionnelle. Dans une activité sans effort physique lourd et prolongé, il n'y a pas d'impact sur la capacité de travail, on doit prendre soin de répartir l'activité sur 5 jours ouvrable[s]. Le tabagisme actif, sous contrôle de la volonté, participe au déconditionnement et son arrêt est souhaitable. L'insuffisance rénale à 40ml/min de clearance de la créatinine est sans impact sur l'activité de référence. Le Pr P. _____ a pour conclusion le 19 juin 2015: *«Ce jour, à l'anamnèse, la patiente nous rapporte une situation globalement améliorée par rapport à mars 2015 (depuis la diminution des bêtabloquants) mais une évolution stable depuis notre dernier contrôle ambulatoire. La patiente peut effectuer trois étages d'escaliers sans arrêt (classe fonctionnelle NYHA II) et ne présente pas d'OMI, d'orthopnée ou de dyspnée paroxystique nocturne. Elle ressent occasionnellement quelques épisodes de palpitations, ne présente pas d'angor mais rapporte la survenue d'épisodes de malaises orthostatiques survenant de manière préférentielle le matin. Elle nous signale également qu'un bilan de cholestérol effectué à votre consultation s'était avéré pathologique, raison pour laquelle un traitement de simvastatine 20 mg avait été introduit».*

Le courrier du Pr P. _____ au Dr M. _____ daté du 13 juillet 2015 ne fait part d'aucune aggravation ou fait nouveau mais d'une appréciation différente d'une situation similaire à celle appréciée par les experts du C. _____ en 2014.

Nous maintenons donc notre position.”

Par lettre du 23 septembre 2015, l'Office AI a informé l'assurée que sa contestation sur le projet d'acceptation de rente du 8 mai 2014 n'apportant aucun élément nouveau, ni aggravation de son atteinte à la santé susceptible de modifier sa position, il maintenait ses conclusions. L'intéressée était rendue attentive au fait qu'une décision conforme au préavis précité, sujette à recours, serait rendue.

Le 14 octobre 2015, l'assurée a fait part de son désaccord avec les conclusions des médecins du SMR. Elle indiquait à cet égard avoir de plus en plus de difficulté à assumer son travail, se trouvant très

souvent en incapacité de travail attestée par son médecin traitant. Elle faisait ainsi part de sa volonté de recourir contre la décision à intervenir.

Par décision du 22 octobre 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 41%, pour la période du 1^{er} novembre 2010 au 30 novembre 2013.

B. Par acte déposé le 20 novembre 2015, D._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant implicitement à son annulation. Elle affirme, s'en référant au courrier du 13 juillet 2015 du Professeur P._____ et du Dr J._____, ne pas être apte à travailler en tant qu'assistante en soins et santé communautaires à l'Hôpital de [...] à un taux supérieur à celui de 48% qu'elle occupe depuis le 18 mai 2010. Elle soutient ne pas pouvoir "fonctionner efficacement" dans sa profession, sans péjoration supplémentaire de sa santé, au taux de 80% retenu par l'Office AI dans sa décision.

Dans sa réponse du 12 janvier 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe qu'il ressort d'une part de l'avis médical SMR "Audition" du 20 juillet 2015 que le rapport du 13 juillet 2015 des cardiologues du CHUV n'établit aucune péjoration de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise pluridisciplinaire de janvier 2014 au C._____. D'autre part, dans leur rapport du 19 juin 2015 comme dans leur courrier de la mi-juillet 2015, le Professeur P._____ et le Dr J._____ n'attesteraient aucun élément médical ayant été omis par les experts en 2014.

Par réplique du 1^{er} février 2016, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a produit les pièces suivantes:

- un certificat du 22 janvier 2016 du Dr M._____ établi à sa demande et ainsi libellé :

"CERTIFICAT MEDICAL
[...]

Le médecin soussigné certifie qu'en tant que médecin traitant, il ne peut

qu'accréditer le témoignage écrit de la patiente susmentionnée.

D'autre part, il est hautement étonné de la conclusion des médecins de l'Al signalant « qu'il ne ressortait clairement aucune péjoration de l'état de santé de la concernée depuis la réalisation de l'examen par le C._____ et n'attestait pas la présence d'un élément médical qui aurait été négligé par les experts en 2014, tout comme leur écrit du 19.6.2015 ».

Or, la lettre du 26.6.2015 du Prof. P._____ fait état d'une « dyspnée dont l'étiologie est l'insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée, compatible avec la diminution du débit cardiaque au repos. Madame D._____ bénéficie d'une rente Al actuellement à 80%.

Il semblerait que les collègues de l'Al pensent que la capacité physique de la patiente permettrait une activité professionnelle à 80%, nous sommes actuellement d'un avis contraire au vu des antécédents de la capacité physique actuelle et des plaintes, nous pensons qu'une rente Al à 50% est nécessaire. ». Comme ce rapport du 26.6.2015 a été envoyé le 13.7.2015 (cf. copie en annexe), le recours lui paraît hautement justifié.” ;

- un courrier médical du 29 janvier 2016 adressé au Dr M._____ par le Professeur P._____ et le Dr J._____, dont il ressort ce qui suit :

“Par le présent document, nous tenons à apporter quelques informations supplémentaires à notre précédent courrier du 13 juillet 2015 afin de justifier plus en détails et chiffres à l'appui pourquoi la patiente susmentionnée ne peut - selon nous - exercer une activité professionnelle à plus de 50%.

Madame D._____ présente une insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée. Lors de nos 12 dernières mesures de NT-proBNP, les valeurs mesurées étaient à 8 reprises supérieures à 1000 ng/l (pour rappel, la limite supérieure de la norme est à 172 ng/l) témoignant de ce fait de son insuffisance cardiaque. Les 4 autres mesures étaient également très largement supérieures à ce cut-off. Même si en juin 2015 sa FEVG a été mesurée à 59% lors d'une échocardiographie transthoracique, madame D._____ présente une dysfonction diastolique importante dans le cadre d'un remodelage post remplacement de valve.

Dans ce contexte, même si la situation au repos semble acceptable, la situation hémodynamique de Mme D._____ se dégrade très rapidement au moindre effort. Nous en voulons pour preuve le cathétérisme droit réalisé le 18.03.2015 au cours duquel nous avons observé l'absence d'hypertension artérielle pulmonaire post-capillaire au repos mais l'instauration très rapide d'une hypertension pulmonaire post-capillaire suite à de très simples manœuvres de handgrip réalisées par la patiente.

Ainsi donc, de notre point de vue, une activité professionnelle à plus de 50% n'est en aucun cas raisonnable chez cette patiente.” ;

- une lettre-témoignage du 1^{er} février 2016 dans laquelle la recourante décrit des symptômes d'épuisement (palpitations, manque de force et souffle coupé) depuis son opération en octobre 2009 en lien avec l'accomplissement de son travail à mi-temps et ses activités ménagères. Elle dit "vivre au ralenti" en faisant son maximum sans chercher à "profiter du système AI" et persiste à soutenir qu'en travaillant au taux de 80% elle n'y arriverait pas ou qu'elle tomberait malade. A la recourante de conclure qu'au terme de leurs rapports successifs, ses cardiologues attestent qu'en raison de ses antécédents et de sa capacité physique actuelle, seule une activité professionnelle exercée à 50% est recommandée.

Au terme de sa duplique du 22 février 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions dans le sens du rejet du recours et de la confirmation de la décision litigieuse. Il a produit un avis SMR du 15 février 2016 des Drs R._____ et L._____ auquel il se rallie, et dont il ressort l'appréciation suivante :

“Le rapport d'examen SMR du 4 février 2014 sur lequel repose la décision querellée a été établi en prenant en compte les rapports des médecins de l'assurée et l'expertise de psychiatrie, cardiologie et de médecine interne dont le rapport est daté du 21 janvier 2014. Dans son courrier médical du 5 novembre 2014, le Dr M._____ qui suit l'assurée depuis 1990 confirme bien l'origine des empêchements retenus par le SMR par sa phrase : «Effectivement, c'est toujours pour des raisons cardiologiques que la patiente ne peut assumer un travail à 80%».

Le volet cardiologique de l'expertise CEMED est fouillé : il comporte entre autres un test d'effort réalisé le 27 septembre 2013, test qui a dû être stoppé en raison de fatigue des membres inférieurs (page 11/18). La charge maximale était alors de 5,5 METS (VO2 max. estimée à 19,25 ml/kg/min.) soit 76% de la valeur théorique ce qui permet une activité sédentaire/semi-sédentaire. L'US [ultrasons] cardiaque retenait alors une FEVG aux alentours de 50%. En 2009 la FEVG était mesurée à 29% par IRM [imagerie par résonance magnétique] du 23 décembre 2009. Le 3 janvier 2011 elle était appréciée entre 50 et 55% (RM du 3 septembre 2012). L'échographie du 25 avril 2014 objectivait une FEVG à 53% et celle du 18 juin 2015 un ventricule gauche non hypertrophié avec une fraction d'éjection normale, calculée à 59% sans anomalie de la cinétique segmentaire détectable. L'échocardiographie de stress du 25 novembre 2014 retenait une FE à 62%. L'ergospirométrie du 30 juillet 2014 confirmait que le déconditionnement physique était la première explication à la limitation à l'effort.

Dans son rapport de consultation le Dr P. _____, cardiologue, écrit le 19 juin 2015 : «L'évolution par rapport à notre précédente consultation demeure stable. Cependant et globalement, malgré une récupération progressive de sa FEVG sur les dernières années, celle-ci demeure inférieure à 60% et la situation de Mme D. _____ s'inscrit dans une situation d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée. Son insuffisance cardiaque demeure toujours bien présente comme illustré par sa récente ergospirométrie démontrant une capacité fonctionnelle à seulement 68% du prédit. Par ailleurs, la situation stabilisée présentée par la patiente n'est possible qu'avec un traitement d'insuffisance cardiaque conséquent et la situation demeure fragile avec un suivi régulier et nécessaire». Puis le 29 janvier 2016: «Madame D. _____ présente une insuffisance cardiaque à fonction systolique conservée. Lors de nos 12 dernières mesures de NT-proBNP, les valeurs mesurées étalent à 8 reprises supérieures à 1000 ng/l (pour rappel, la limite supérieure de la norme est à 172 ng/l) témoignant de ce fait de son insuffisance cardiaque. Les 4 autres mesures étaient également très largement supérieures à ce cut-off. Même si en juin 2015 sa FEVG a été mesurée à 59% lors d'une échocardiographie transthoracique, madame D. _____ présente une dysfonction diastolique importante dans le cadre d'un remodelage post remplacement de valve». Les pièces médicales versées au dossier depuis le rapport d'examen SMR du 14 [recte : 4] février 2014 ne fournissent aucun indice d'une aggravation notable de l'état de santé, bien au contraire."

Dans ses déterminations du 11 mars 2016, la recourante conteste que son manque de conditionnement physique serait la cause de son état de santé. Elle précise qu'effectuer un test d'effort de quelques minutes sur un vélo ne lui pose pas de problèmes mais que c'est bien plutôt sa résistance à l'effort sur plusieurs heures et jours de travail qui est problématique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. La question litigieuse consiste à savoir si l'OAI était fondé à allouer un quart de rente (sur la base d'un degré d'invalidité de 41%) sur la période limitée du 1^{er} novembre 2010 au 30 novembre 2013 et d'y mettre ensuite fin (sur la base d'un degré d'invalidité de 11%) compte tenu d'une capacité de travail de 80% recouvrée par la recourante dans toute activité professionnelle à compter du mois de septembre 2013.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1); la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA (ATF 125 V 413 consid. 2b ; cf. TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2 et 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur

l'assurance-invalidité; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants

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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'Al, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

5. En l'espèce, la recourante conteste la capacité de travail exigible sur le plan cardiologique estimée à 80% par l'OAI en toute activité professionnelle à compter de septembre 2013. Elle se rallie à cet égard aux avis de ses médecins traitants cardiologues qui mentionnent pour leur part un taux de 50% maximum.

Dans leur rapport du 21 janvier 2014, les experts du C. _____ retiennent une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (cf. rapport du 21 janvier 2014 du C. _____ p. 15 et 17). Les limitations fonctionnelles sont : horaires réguliers et éviter trop de stress (cf. rapport du 21 janvier 2014 du C. _____ p. 18). Posant notamment les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), de personnalité dépendante (F60.7) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, actuellement

abstinent (F11.20), les experts du C._____ fondent pour l'essentiel la diminution de rendement de l'assurée sur la fluctuation de son humeur ("la fluctuation de l'humeur reste cependant probable, associée au trouble de la personnalité et à la faible tolérance au stress, on peut s'attendre à un vraisemblable ralentissement périodique, ceci principalement dans une activité à 100%"; cf. rapport du 21 janvier 2014 du C._____ p. 15 et 17). Sur le plan cardiologique, l'expert Q._____ constate que l'échocardiographie effectuée retrouve une fonction ventriculaire gauche à la limite inférieure de la norme avec une fraction d'éjection aux alentours de 50% et une valve mitrale prothétique sans signe de dysfonction. Il n'y a pas de contre-indication selon lui à une activité professionnelle ni de limitation particulière à proposer. L'expert relève toutefois qu'une participation de son traitement de l'insuffisance cardiaque aux symptômes est possible et que ces traitements génèrent une tendance hypotensive et une faible élévation de la fréquence à l'effort. Il préconise la diminution du traitement (cf. rapport du 21 janvier 2014 du C._____ p. 14).

Dans leur rapport du 19 juin 2015 - confirmé par celui établi le 26 juin 2015 -, le Professeur P._____ et le Dr J._____ posent le diagnostic d'insuffisance cardiaque globale à prédominance gauche d'origine indéterminée. Les cardiologues traitants font part d'une évolution par rapport à la précédente consultation qui demeure stable. Cependant et globalement, malgré une récupération progressive de sa FEVG (fraction d'éjection ventriculaire gauche) sur les dernières années, celle-ci demeure inférieure à 60% et la situation de la assurée s'inscrit dans une situation d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection conservée. Son insuffisance cardiaque demeure toujours bien présente comme illustré par sa récente ergospirométrie démontrant une capacité fonctionnelle à seulement 68% du prédit. Par ailleurs, la situation stabilisée présentée par l'assurée n'est possible qu'avec un traitement d'insuffisance cardiaque conséquent et la situation demeure fragile avec un suivi régulier nécessaire. Selon le rapport d'ergospirométrie du 27 mai 2015 du Dr A._____, l'épreuve d'effort maximal sur le plan métabolique démontre une capacité aérobie en détérioration depuis juillet 2014, possiblement en lien avec la diminution des médicaments de l'insuffisance cardiaque.

C'est ainsi en référence à leurs rapports des 19 et 26 juin 2015 - qui reposent sur une série d'examen complets - que les cardiologues traitants estiment, le 13 juillet 2015, qu'une activité professionnelle à plus de 50% paraît déraisonnable chez leur patiente. Il convient de rappeler également que ces investigations l'ont été en raison d'une plainte de dyspnée (de classe fonctionnelle II NYHA [New York Heart Association]), dont il ressort en définitive que cette affection a pour étiologie l'insuffisance cardiaque à fonction systolique (cf. rapports des 23 et 25 mars, 19 et 26 juin 2015 du Professeur P. _____ et du Dr J. _____). Le 19 juin 2015, ces cardiologues relèvent des vertiges toujours présents depuis la diminution du Lisinopril®. Ils proposent ainsi de réaugmenter ce traitement jusqu'à 20 mg puis de revoir l'assurée dans six mois pour un nouveau contrôle. On observera de plus que la cause de la dyspnée étant établie, avec en prime un cathétérisme droit effectué le 18 mars 2015, l'implantation d'un pacemaker de synchronisation est désormais à évaluer (cf. en ce sens le rapport du 18 novembre 2014 du Professeur P. _____ et du Dr W. _____).

Outre la problématique du traitement médicamenteux déjà relevée par l'expert cardiologue du C. _____ (cf. rapport du 21 janvier 2014 du C. _____ p. 14) et exposée par les médecins traitants qui n'est toujours pas réglée, les rapports des 22 et 29 janvier 2016 font clairement état d'une aggravation des problèmes cardiaques depuis l'expertise de janvier 2014 notamment depuis juillet 2014 et par la suite en mars et juin 2015. Le Professeur P. _____ et le Dr J. _____, suivis par le médecin traitant, observent à ce titre que dans le contexte d'une dysfonction diastolique importante dans le cadre d'un remodelage post remplacement de valve tel qu'en l'espèce, même si la situation au repos semble acceptable, la situation hémodynamique de la recourante se dégrade très rapidement au moindre effort. Ces cardiologues s'en réfèrent au cathétérisme droit du 18 mars 2015 au cours duquel, ils ont observé l'absence d'hypertension artérielle pulmonaire post-capillaire au repos mais l'instauration très rapide d'une hypertension pulmonaire post-capillaire suite à de très simples manœuvres de handgrip réalisées par

leur patiente. A cet égard, les avis du SMR des 20 juillet 2015 et 15 février 2016, qui résument de manière incomplète les rapports précités et qui concluent à l'absence d'aggravation sans véritable motivation, ne sont pas probants (sur cette dernière notion, cf. consid. 4a supra). Le 20 juillet 2015, les Drs R._____ et Z.Z._____ se méprennent clairement en affirmant que le courrier du Professeur P._____ du 13 juillet 2015 ne fait part d'aucune aggravation ou fait nouveau mais uniquement d'une appréciation différente d'une situation similaire à celle déjà appréciée par les experts du C._____ en 2014.

Il ressort donc des pièces produites en procédure judiciaire l'impossibilité d'exclure une péjoration de la situation de la recourante sur le plan cardiologique depuis l'expertise du C._____ du 21 janvier 2014.

Cela étant, l'intimé élude une série d'appréciations médicales divergentes au dossier, lesquelles laissent présager d'une situation aggravée sur les plans cardiologique et somatique, voire psychiatrique également (en présence d'un trouble anxieux aggravé par la peur de l'assurée d'avoir de nouvelles complications cardiaques [cf. rapport du 2 septembre 2010 de la Dresse X._____ p. 4 ainsi que celui de ce même médecin du 1^{er} mars 2011 p. 1], affection qui a par le passé nécessité une hospitalisation à la clinique de [...] durant l'automne 2010). Il est ainsi impossible de se prononcer en l'état de manière exhaustive sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, en lien avec l'aggravation observée depuis juillet 2014, notamment après la réadaptation de son traitement médicamenteux de l'insuffisance cardiaque en juin 2015.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction sur le plan cardiologique pour l'essentiel et également psychiatrique, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établies de manière probante. Il apparaît plus particulièrement que l'instruction doit être complétée afin que les diagnostics à poser et l'étendue de leur caractère invalidant éventuel puissent être examinés. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – 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 –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise avec au moins un volet cardiologique, de médecine interne et psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA – pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du C. _____ datant de janvier 2014 –, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts. Cela fait, il

appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt.

a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, ces frais doivent être arrêtés à 400 fr. et seront supportés par l'intimé qui succombe.

b) La recourante qui obtient gain de cause sans l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, ne peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

prononce :

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 22 octobre 2015 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 dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- D. _____,
- 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 :