

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2018

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 16, 43 et 44 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1963, est entrée en Suisse en 1999. Mariée et mère d'une fille, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse en raison de son état de santé.

Elle a formulé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton _____ de _____ Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 20 mars 2006, au motif d'une insuffisance rénale survenue en 1997.

Le Service de néphrologie du Centre hospitalier C. _____ a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI le 11 juillet 2006. Etaient mentionnés les diagnostics d'une « insuffisance rénale terminale sur néphropathie d'origine indéterminée avec hémodialyse trois fois par semaine depuis fin 1997 » et une « probable sarcoïdose » au titre des diagnostics entraînant une incapacité de travail, estimée en l'occurrence à 50%.

Constatant que l'assurée n'était pas domiciliée en Suisse à l'issue du délai d'attente d'un an écoulé à fin 1998 et qu'elle ne comptait pas une année de cotisations à ce moment-là, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente le 4 octobre 2007. Une décision conforme à ce projet a été établie le 23 novembre 2007 et est entrée en force.

Sur requête du Service des prestations complémentaires de l'agence d'assurances sociales compétente, l'OAI a précisé que l'assurée présentait une incapacité de travail durable de 50% dans toutes activités.

B. Une révision de la situation de l'assurée a été entamée le 1^{er} octobre 2012 à l'initiative du service précité.

Le Centre de transplantation d'organes (CTO) du Centre hospitalier C._____ a adressé un rapport à l'OAI le 1^{er} novembre 2012, faisant état des diagnostics suivants influençant la capacité de travail de l'assurée :

- allogreffe rénale (don cadavérique) le 7 octobre 2009 pour une insuffisance rénale d'origine indéterminée ;
- rejet humoral subaigu (15 avril 2010) ;
- cardiopathie hypertensive et suspicion de cardiopathie ischémique en cours d'investigation ;
- status post décompensation cardiaque en août 2010 ;
- sarcoïdose avec adénopathies médiastinales et érythème noueux en 2004, status post hépatite granulomateuse en 1998, status post névrite optique rétro-bulbaire de l'œil gauche en 2003 et status post pleuro-péricardite fébrile en 2000 ;
- status post contact tuberculose en 2004 ;
- hyperthyroïdie sur probable maladie de Basedow traitée.

D'autres diagnostics étaient indiqués, lesquels n'avaient toutefois pas d'incidence sur la capacité de travail de l'assurée, à savoir :

- hémodialyse de 1998 à 2009 ;
- hypertension artérielle avec cardiopathie hypertensive ;
- status post hépatite B ancienne ;
- status post ulcères duodénaux en 2003 ;
- status post multiples interruptions de grossesse (1990 et 1994) ;
- status post hirsutisme et hypogonadisme hypogonadotrope acquis.

Le CTO précisait que l'assurée requérait une surveillance rapprochée de sa fonction rénale et de son immunisation. La fonction rénale demeurant stable, une activité lucrative pouvait être exercée dès janvier 2013 à 50% sans port de charges supérieures à 20 kg et sans horaires irréguliers. Ces limitations relevaient de la nécessité d'exclure une pathologie cardiaque ischémique en l'absence d'empêchement du point de vue rénal (cf. rapport complémentaire du 23 août 2013).

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr F._____, a retenu, dans un avis du 21 mai 2014, que l'ischémie cardiaque avait pu être exclue par une scintigraphie réalisée en mai 2013 malgré l'absence du rapport corrélatif au dossier de l'assurée. Il a dès lors considéré que cette dernière était dotée d'une capacité de

travail de 100% dans une activité respectant les limitations décrites par le CTO.

En date du 30 juillet 2014, l'OAI a procédé à l'évaluation du degré d'invalidité de l'assurée sur la base des salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et déterminé un degré d'invalidité de 10%, communiqué au Service des prestations complémentaires de l'agence d'assurances sociales.

C. L'assurée a requis pour la seconde fois des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'OAI le 5 mai 2015.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a obtenu un rapport médical de l'Unité somatique du Centre hospitalier C._____, Centre d'hypertension artérielle, daté du 6 juillet 2016, rédigé par le Dr B._____, chef de clinique adjoint, le Prof. I._____, médecin adjoint, et la Dresse O._____, médecin assistante. Ces spécialistes ont indiqué que l'assurée était atteinte des diagnostics suivants :

- hypertension artérielle pulmonaire principalement précapillaire (groupe 1 selon Nice 2013) avec une composante post-capillaire mineure (groupe 2 selon Nice 2013), suspectée depuis 2013 sur la base d'une échocardiographie, confirmée sur la base d'un cathétérisme cardiaque droit et gauche le 2 juin 2015 ;
- cardiopathie hypertensive, ischémique et rythmique (fibrillation auriculaire) ;
- antécédent de sarcoïdose ganglionnaire, oculaire et hépatique ;
- hypertension artérielle traitée ;
- allogreffe rénale le 7 octobre 2009 pour insuffisance rénale terminale d'origine indéterminée, hémodialysée de 1998 jusqu'à la transplantation ;
- goitre thyroïdien de type diffus avec autonomie diffuse.

Ils soulignaient par ailleurs que le cathétérisme cardiaque réalisé le 2 juin 2015 avait démontré une hypertension pulmonaire « sévère multifactorielle » et que le traitement introduit avait entraîné une « amélioration fonctionnelle rapide ». Le pronostic demeurait bon sous contrôle de l'hypertension pulmonaire. Les médecins susmentionnés renvoyaient cependant l'OAI au CTO du Centre hospitalier C._____ s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée.

Sollicité pour avis, le Dr H. _____ du SMR a admis le caractère durablement incapacitant de l'atteinte à la santé dans un avis du 11 avril 2017. Il a conclu que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été de 50% durant la période de dialyse, de 0% pendant les six mois suivant la transplantation rénale et entière dès le 8 avril 2010.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a réévalué le degré d'invalidité de l'assurée au moyen des salaires statistiques, mettant à jour une nouvelle fois un taux de 10%, et a communiqué un projet de décision de refus de rente à l'assurée le 19 juillet 2017.

L'assurée a contesté le projet précité, faisant parvenir à l'OAI un courrier du 26 juillet 2017 du Dr P. _____, médecin associé au sein du CTO du Centre hospitalier C. _____, libellé en ces termes à l'attention du SMR :

« [...] Faisant suite à la décision récente de l'AI, nous souhaitons vous informer que la situation médicale de cette patiente a changé et s'est péjorée depuis 2015 [...].

- Suite à de multiples hospitalisations pour décompensation cardio-respiratoire, un bilan exhaustif en cardiologie et pneumologie [...] a mis en évidence une hypertension pulmonaire sévère principalement précapillaire, nécessitant l'introduction d'un traitement spécifique depuis juin 2015 et un suivi médical spécialisé plus rapproché.

- Par ailleurs, la patiente a eu plusieurs hospitalisations pour complications sévères ces derniers mois : infections (sepsis, pneumonie virale sévère nécessitant un traitement de ribavirine, colite à CMV [cytomégalovirus humain]), hémorragie digestive, péjoration de la fonction rénale avec un épisode d'IRA [réf. : insuffisance rénale aiguë] oligo-anurique nécessitant une prise en charge par hémodialyse continue transitoire aux soins intensifs.

Ainsi le pronostic rénal et cardio-pulmonaire à moyen terme n'est pas très bon chez cette patiente qui présente de multiples comorbidités. Au vu de sa situation médicale actuelle, je ne pense pas que Mme D. _____ puisse exercer une activité professionnelle à plein temps, d'autant plus s'il s'agit d'un travail nécessitant un effort physique. [...] »

Était notamment annexée une lettre de sortie du Service de médecine interne du Centre hospitalier C. _____ du 18 juillet 2017, rédigée _____ par _____ les Drs G. _____ et J. _____, respectivement cheffe de clinique et médecin

assistant, suite à l'hospitalisation de l'assurée du 7 juin 2017 au 4 juillet 2017. Ce document détaille les traitements entrepris et les constats cliniques observés, après énumération des diagnostics retenus, à savoir :

Diagnostic principal :

- insuffisance respiratoire globale sur :
 - pneumonie virale à Human Metapneumovirus et Parainfluenza de type IV, et possible surinfection bactérienne ;
 - insuffisance rénale aiguë oligo-anurique KADIGO III hypervolémique ;

Diagnostics secondaires et comorbidités :

- atteinte digestive à CMV :
 - gastrite à CMV avec hémorragie digestive haute sur ulcères Forrest III bulbaire et pylorique le 19 juin 2017 ;
 - colite à CMV ;
 - hémorragie digestive basse de localisation indéterminée le 23 juin 2017 ;
 - transfusion de 4 culots érythrocytaires ;
- insuffisance rénale terminale d'origine hypertensive versus inflammatoire (sarcoïdose) avec :
 - allogreffe en 2009 ;
 - rejet humoral subaigu à chronique en avril 2010 ;
 - diarrhées à CMV en avril et juillet 2010 ;
 - pyélonéphrite du greffon en 2013 ;
 - actuellement : insuffisance rénale aiguë dès le 9 juin 2017 avec pic de créatinine le 12 juin 2017 sur nécrose tubulaire aiguë avec épuration extra-rénale du 9 juin 2017 au 15 juin 2017 ;
- escarre sacré stade 1 ;
- dénutrition protéino-calorique avec BMI à 16,52 kg/m² et Kondrup à 4 ;
- sarcoïdose systémique avec :
 - atteinte hépatique documentée en 1998 ;
 - possible atteinte sérositique : pleuro-péricardite en 2000 ;
 - possible atteinte neurologique : névrite optique en 2003 ;
 - atteinte ganglionnaire médiastinale documentée en 2004 ;
 - possible atteinte pulmonaire : HTP sévère sur maladie veino-occlusive ;
 - possible atteinte rénale ;
 - possible atteinte cardiaque avec plusieurs territoires de fibrose à l'IRM en 2015 ;
 - possible atteinte endocrinienne multiple, avec hypogonadisme hypogonadotrope, hirsutisme et hyperthyroïdie ;
- cardiopathie ischémique, rythmique et hypertensive avec :
 - FEVG [réf. : fraction d'éjection du ventricule gauche] 69% à l'IRM cardiaque en 2015 ;
 - fibrillation auriculaire sur dilatation bi-auriculaire ;
 - maladie coronarienne mono-tronculaire avec circonflexe aberrante (issue de la coronaire droite) ;
 - HTP de degré sévère ;
- hypertension artérielle.

Le Dr H. _____ du SMR s'est exprimé sur les documents ci-dessus le 28 août 2017 et a admis une péjoration de l'état de santé de l'assurée à compter du 7 juin 2017, relevant toutefois à son sens l'absence de tout élément anamnestique en faveur d'une aggravation entre 2015 et 2017. Il a au surplus maintenu son appréciation du 11 avril 2017.

L'OAI a par conséquent établi une décision de refus de rente, reprenant les termes de son projet du 19 juillet 2017, en date du 31 août 2017.

D. L'assurée, représentée par Procap, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 2 octobre 2017. Elle a fait grief à l'OAI de ne pas avoir pris en considération l'aggravation attestée par le Dr P. _____ depuis juin 2015 et de ne pas servir ses prestations des suites de la péjoration reconnue dès juin 2017. Contestant la valeur de l'avis du SMR du 28 août 2017, elle a conclu principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi des prestations légales dans son cas. A titre subsidiaire, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour reprise d'instruction, singulièrement pour l'organisation d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a enfin requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice.

Par décision du 26 octobre 2017, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires.

L'OAI a répondu au recours en date du 28 novembre 2017 et en a proposé le rejet, soulignant que le rapport du Dr P. _____ avait dûment été pris en compte dans l'avis du SMR du 28 août 2017.

Aux termes d'une correspondance du 10 janvier 2018, l'assurée a produit un rapport du Dr M. _____, médecin assistant au sein du CTO du Centre hospitalier C. _____, lequel a insisté sur la gravité de l'hypertension pulmonaire et jugeait indispensable d'obtenir des rapports

exhaustifs sur les plans cardiologique et pneumologique « avant toute décision ».

Par courrier subséquent du 12 février 2018, l'assurée a fait parvenir une détermination du Prof. I. _____ du 26 janvier 2018, lequel a précisé que l'exercice d'une activité professionnelle de type sédentaire était exigible à un maximum de 50% du seul point de vue pulmonaire. Ce praticien soulignait qu'un nouveau cathétérisme cardiaque était prévu dans le courant du premier trimestre 2018. L'assurée a dès lors persisté dans les conclusions communiquées le 2 octobre 2017.

L'OAI s'est déterminé le 6 mars 2018, renvoyant à un nouvel avis du SMR daté du 27 février 2018, aux termes duquel le Dr H. _____ a maintenu sa précédente appréciation de la capacité de travail de l'assurée, précisant que celle-ci serait réévaluée « selon les données médicales en attente ». L'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Par écriture du 12 avril 2018, l'assurée a également réitéré ses conclusions.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 2 octobre 2017 contre la décision de l'OAI du 31 août 2017 a été interjeté en temps utile. Les

formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées, de sorte que le recours est recevable.

2. Est litigieux en l'occurrence le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement l'appréciation de sa capacité de travail, des suites de l'aggravation de son état de santé alléguée à compter de juin 2015, respectivement juin 2017.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré

d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

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

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et 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 ; 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté par l'intimé que la recourante a connu une aggravation de son état de santé - qui a du reste nécessité son hospitalisation au Centre hospitalier C._____ - à compter du 7 juin

2017. Est en revanche litigieuse la survenance d'une péjoration de sa situation entre juin 2015 et juin 2017.

a) A cet égard, on relève que les pièces médicales recueillies par l'intimé en cours d'instruction font essentiellement état du suivi de la recourante au sein de différents services du Centre hospitalier C. _____ sur les plans rénal, cardiologique et pneumologique (cf. notamment rapports du CTO du Centre hospitalier C. _____ du 1^{er} novembre 2012 et du Centre d'hypertension pulmonaire du Centre hospitalier C. _____ du 6 juillet 2016). Cela étant, dans le cadre de la procédure d'audition, la recourante a produit la correspondance du Dr P. _____ du 26 juillet 2017. Ce dernier retient sans équivoque une aggravation substantielle de l'état de santé de la recourante dès juin 2015 au plus tard. En particulier, ce spécialiste a insisté sur le diagnostic d'une « hypertension pulmonaire sévère » ayant requis la mise en place d'un traitement et d'un suivi médical intensif. Cette pathologie était certes mentionnée dans le précédent rapport médical du 6 juillet 2016, co-signé par le Prof. I. _____ et les Drs B. _____ et O. _____, qui relevaient une rapide récupération fonctionnelle et un pronostic favorable. Cette observation ne tenait toutefois pas compte d'une appréciation globale de la situation de la recourante et renvoyait expressément pour le surplus à l'appréciation du CTO.

En outre, sont évoquées par le Dr P. _____ plusieurs hospitalisations de la recourante des suites de diverses complications et d'une péjoration de son insuffisance rénale, pour justifier l'aggravation alléguée dès juin 2015. Ces constats sont également confirmés par la lettre de sortie du Service de médecine interne du Centre hospitalier C. _____ du 18 juillet 2017, laquelle a détaillé les multiples diagnostics affectant la recourante dont la cardiopathie ischémique, également mise en évidence en 2015. On ajoutera que le rapport du Prof. I. _____ du Centre d'hypertension artérielle du Centre hospitalier C. _____ du 26 janvier 2018, est venu corroborer les problématiques pulmonaire et cardiologique diagnostiquées en 2015 (« hypertension artérielle

pulmonaire sévère sur cardiopathie hypertensive ischémique et rythmique »).

Compte tenu de ces éléments, l'opinion du Dr H. _____ du 28 août 2017 ne saurait être suivie en ce qu'il considère « l'absence d'élément anamnestique » parlant en faveur d'une péjoration entre 2015 et 2017.

Force est en effet de constater que l'avis du 28 août 2017 est insuffisamment motivé en comparaison des rapports établis par les spécialistes du Centre hospitalier C. _____, qui ont fait état de l'ensemble des complications survenues depuis juin 2015 et de l'évolution défavorable de l'état de santé de la recourante depuis cette date.

Partant, il apparaît que le mois de juin 2015 est la date déterminante à partir de laquelle il y a lieu de prendre en compte une péjoration de la situation de la recourante susceptible de se répercuter sur son droit aux prestations.

b) Eu égard à la capacité de travail de la recourante, on relève que celle-ci n'a pas été clairement déterminée par les spécialistes du Centre hospitalier C. _____ depuis juin 2015. Cela étant, le Dr P. _____ a douté que sa patiente soit en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps au vu de ses multiples atteintes à la santé. Les autres praticiens ayant pris en charge la recourante ne se sont cependant pas prononcés sur cette question.

Quant à l'appréciation du Dr H. _____, elle procède par déduction en fonction des données médicales communiquées par les différents services du Centre hospitalier C. _____, sans toutefois que l'on ne dispose d'une appréciation pluridisciplinaire qui tiendrait compte de l'état de santé global de la recourante.

Partant, il n'est pas possible en l'état de statuer sur les conséquences de l'aggravation de l'état de santé de la recourante telle

qu'attestée dès juin 2015, un complément d'instruction s'avérant indispensable sur cette question.

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 (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 (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il apparaît qu'au stade de la procédure d'audition, l'intimé était dûment informé des pathologies nouvellement diagnostiquées susceptibles de restreindre la capacité de travail de la recourante dès juin 2015. Il lui appartenait dès lors de mettre en œuvre une évaluation pluridisciplinaire de sa situation avant de déterminer sa capacité résiduelle de travail.

En l'état, il s'impose de faire procéder à un tel complément – comportant des volets pneumologique, cardiologique et néphrologique – en vue de déterminer l'impact effectif de l'aggravation survenue en juin 2015 sur la capacité de travail de la recourante. Il s'agira par ailleurs de prendre en considération la péjoration subséquente survenue en juin 2017, d'en examiner l'évolution et d'en mesurer les conséquences sous l'angle pluridisciplinaire.

8. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision, rendue le 2 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour D. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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).

La greffière :