

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Cloux

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par sa curatrice de
représentation et de gestion **G.**_____, à [...]

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art- 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 29 novembre 2013, l'assurée C._____, née en 1957, physiothérapeute, a rempli un questionnaire de détection précoce à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), indiquant se trouver en situation d'incapacité de travail totale depuis le 9 août 2013.

Le 5 février 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI en vue de l'obtention d'une rente, invoquant diverses atteintes (maladies, dos, burn out, dépression, bipolarité, apnées nocturnes, asthme, allergies, etc).

Par décision du 12 février 2014, G._____ a été nommée curatrice de représentation et de gestion de l'assurée.

Par courrier du 14 février 2014, l'employeur de l'assurée, l'Hôpital [...], a licencié l'assurée avec effet au 31 mai 2014.

Le 10 mars 2014, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport médical, dans lequel il a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

(...) Probable trouble de la personnalité non spécifié avec état anxio-dépressif chronique dans un contexte de divorce (2005), de conflit avec ses fils et de perte de son emploi se manifestant par une asthénie, anhédonie, troubles du sommeil et de l'estime de soi.

Rachis-algies diffuses avec :

- Cervicalgies post-traumatiques sur whip-lash suite à des accidents différents survenus les 23.06.2012 et 22.06.2013 compliquant une discopathie dégénérative et une uncarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7 connue depuis 2011
- Lombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann, déconditionnement physique, obésité et discopathie D11-S1 diffuse

Gonalgies bilatérales post traumatiques (octobre 2012) avec :

- A G (réd. : avant gauche) : entorse du lig collatéral médial du genou G, chondropathie de grade 1 du plateau tibial et de grade 2 de la patella.
- A D (réd. : avant droit) : Fissure oblique de la corne post du ménisque

Insuffisance veineuse des MI (réd. : membres inférieurs) sévère

Asthénie chronique et somnolence diurne sur SAOS de type obstructif appareillé dès 2008 et syndrome des jambes sans repos dès 2009

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Dysphonie sur reflux pharyngolaryngé et possible composante psychogène

Syndrome des apnées obstructives du sommeil appareillé dès 2008

HTA essentielle traitée

Dyslipidémie traitée

Rhino-conjonctivite et parfois asthme allergique aux pollens d'arbres (aulne, bouleau, noisetier)

Hernie hiatale avec antrite érosive et métaplasie oesophagienne (OGD 2013)

Obésité (BMI 33.7 Kg/m²) sur trouble des conduites alimentaires non spécifiques, de type grignotage compulsif

Status post ostéosynthèse d'une fracture luxation de la cheville G en 2008 (Dr [...])

Status post hystérectomie

Status post cure de tunnel carpien D.
(...)"

Le 13 mars 2014, la Dresse D._____, spécialiste en pneumologie et en médecine interne générale, a adressé un rapport à l'OAI, indiquant en particulier qu'à la suite d'une consultation du 27 septembre 2012, elle avait conclu à un syndrome d'apnées obstructives du sommeil sous contrôle, sans avoir revu l'assurée depuis lors.

Dans un rapport du 17 avril 2014, la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assurée un trouble affectif bipolaire, épisode mixte existant depuis environ dix ans.

Elle était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais à 50 % dans une activité adaptée.

A la requête de l'assurance perte de gain de l'assurée, celle-ci a l'objet d'une expertise psychiatrique conduite par le Dr J._____. Celui-ci a rendu son rapport le 24 avril 2014, posant les diagnostics suivants :

"(...) Axe I : Probable trouble bipolaire actuellement épisode dépressif léger
Axe II : Personnalité avec des (traits) dépendants (abandonniques ?), sur fond d'un tempérament probablement hyperthymique.
Axe III : Cf. spécialiste concerné.
Axe IV • Difficultés professionnelles ; soucis familiaux, licenciement en juillet 2013 ; autres ?
(...)"

Selon le Dr J._____, la capacité de travail médico-théorique de l'assurée en tant que physiothérapeute était d'au moins 50 % dès le 1^{er} mai 2014 mais on pouvait espérer, sous réserve de l'adaptation du traitement, un recouvrement complet dès le 1^{er} juin 2014, ces constatations étant limitées à l'aspect psychiatrique du cas.

La Dresse H._____ a établi un rapport le 13 mai 2014, écrivant que selon ses dernières observations cliniques, les troubles psychiques annoncés étaient déjà susceptibles d'une amélioration progressive avec quelques changements thérapeutiques qui avaient été mis en place. Elle pensait que l'assurée récupérerait une capacité de travail totale dès le 1^{er} juin 2014, mais avec quelques restrictions pour le travail avec des patients en soins aigus ou avec un handicap trop lourd.

L'assurée a retrouvé du travail dès le 1^{er} juin 2014 dans un cabinet de physiothérapie indépendant. Les rapports de travail ont toutefois pris fin au 25 juillet 2014.

Le 27 août 2014, l'OAI a établi un projet de décision de refus de reclassement et de refus de rente d'invalidité, au motif que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. L'OAI a confirmé ce projet par décision du 6 octobre 2014.

B. Par acte du 3 novembre 2014, C._____ (ci-après : la recourante) a recouru contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Elle a ainsi exposé que son état de santé ne s'était pas amélioré et qu'elle était dans l'attente de nouveaux examens, en particulier sur le plan neuro-psychologique.

Répondant le 20 janvier 2015. l'OAI a pour l'essentiel exposé ne pas disposer d'une appréciation détaillée des limitations fonctionnelles de la recourante sur le plan ostéoarticulaire et respiratoire, sans que l'exercice d'une activité adaptée à plein temps semble compromis, indiquant que les médecins de l'intéressée pourraient être interpellés à ce sujet.

La recourante a répliqué le 11 février 2015, joignant les rapports suivants à son écriture :

- un rapport adressé au Dr U._____ le 5 septembre 2013 par le Dr K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui se conclut ainsi :

"(...) Appréciation :

C._____ présente des dorso-lombalgies dans un contexte d'hyperlaxité ligamentaire, de surcharge pondérale, sans signe irritatif neurogène. A l'examen clinique, on est frappé par l'existence de troubles posturaux avec défaut de stabilisation du plan musculaire profond, expliquant l'effondrement axial qui s'installe durant l'entretien. Dès lors, on comprend aisément la raison de souffrances récurrentes intéressant les zones charnières chez ce sujet et qui assume une activité qui impose des manutentions de passion (sic) d'une part, et d'autre part des porte-à-faux. Comme dernier facteur interférentiel, on déplore encore l'existence d'une surcharge émotionnelle avec effondrement des ressources personnelles, ce qui perturbe aussi l'appréciation d'une exigibilité professionnelle à un niveau supérieur.

Sur le plan thérapeutique, il est primordial d'insister sur des approches en physiothérapie visant à réveiller la stabilisation musculaire du plan profond, à maintenir un assouplissement vertébral, par thérapies manuelles et détente de la charpente musculaire. Des exercices en ouverture thoracique sur ballon l'aideraient certainement à maintenir la liberté segmentaire acquise entre les séances de thérapie manuelle et lui permettrait

certainement d'atténuer ultérieurement les contraintes des zones charnières grâce à un meilleur équilibre axial.

L'équilibre actuel est suffisamment satisfaisant pour ne pas envisager d'emblée des gestes complémentaires antalgiques ou autre investigation radiologique.

Sur le plan professionnel, le sujet poursuit son activité professionnelle à un taux de 50%.";

- un rapport envoyé au Dr U._____ le 11 octobre 2013 par le Prof. Q._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, dont la teneur est la suivante :

**"(...) Diagnostic : Reflux pharyngolaryngé
Syndrome des apnées obstructives du
sommeil appareillé**

C._____ présente depuis plusieurs années une sensation de crochages alimentaires avec des épisodes de régurgitations. Elle décrit une pression cervicale avec une dysphonie chronique particulièrement marquée le matin. Elle mentionne une fatigue vocale progressive ainsi que des picotements en fond de gorge qui semblent particulièrement marqués juste après les repas.

A l'examen, la pharyngolaryngoscopie directe montre une inflammation des aryténoïdes ainsi qu'un œdème de la margelle laryngée postérieure. Il n'y a pas de stase au niveau des sinus piriformes qui s'ouvrent bien. Les cordes vocales sont fines, étirées, grisâtres. On constate une béance médiane à la phonation évoquant un forçage vocal. La rhinoscopie met en évidence une déviation septale droite importante, obstruant l'espace respiratoire, la muqueuse est calme. Au niveau de la cavité buccale, la langue est de taille moyenne. Le score de Mallampati est à II. Le voile du palais épais, la luette est oedemaciée, l'isthme pharyngé est étroit.

En vidéofibroscopie transnasale, l'épiglotte est fine, sans contact avec le pharynx postérieur et la base de la langue. Les vallécules sont fermées et, à la manœuvre de Muller, on retrouve une obstruction mixte, concentrique, rétrovélique et rétrobasilinguale des trois quarts.

Le transit œsophagien effectué durant l'été a permis d'exclure un diverticule de Zenker et une hypertonie du muscle cricopharyngien. On trouve par contre des troubles du péristaltisme avec un aspect en casse noisette associé à une hernie hiatale et un important reflux gastro-œsophagien.

La symptomatologie semble persister malgré l'augmentation de la dose d'Omeprazole. L'origine de ces symptômes au niveau O.R.L. étant clairement digestive, je te laisse le soin de revoir C._____ pour rediscuter avec elle de l'indication éventuellement à un bilan gastro-entérologique notamment à la recherche d'un Helicobacter Piloni.
(...)"

- un rapport d'oeso-gastro-duodéno-scopie adressé le 19 décembre 2013 au Dr U. _____ par le Dr R. _____, spécialiste en gastroentérologie et en médecine général interne, qui a conclu à une grande hernie hiatale de cinq centimètres avec ébauche de languettes de métaplasie œsophagienne et à une antrite érosive ;
- un rapport établi le 10 janvier 2014 par la Dresse F. _____, spécialiste en angiologie, libellé comme suit :

"(...) Diagnostics

- Récidive variqueuse au détriment des veines Grandes Saphènes.
 - Insuffisance veineuse de la Petite Saphène droite.
 - Insuffisance veineuse de type fonctionnel.
 - Apnée du sommeil.
 - HTA traitée.
 - Dyslipidémie traitée.
 - Status après fracture de la cheville gauche en 2008.
 - État anxiodépressif.
 - Syndrome des jambes sans repos.
 - Reflux gastro-œsophagien sous traitement.
- (...)

Conclusions

- C. _____ présente donc une insuffisance veineuse sévère des membres inférieurs à composante mixte avec une récurrence variqueuse
- Compte tenu de ce contexte, je proposerais dans un premier temps, qu'elle bénéficie d'une prise en charge conservatrice avec application d'une crème et port d'un bas de contention classe II lors de l'activité professionnelle associée à la prise d'un veinotonique et à des drainages lymphatiques.
- En fonction de l'évolution, il pourra toujours être discuté d'une prise en charge chirurgicale de l'insuffisance veineuse superficielle.
- La composante douloureuse me semble plurifactorielle chez cette patiente ; c'est pourquoi je préconise, dans un premier temps une prise en charge conservatrice."

- Un rapport rendu le 6 janvier 2015 par le Dr X._____, spécialiste en neurologie et médecin associé au [...], qui l'a conclu comme suit :

"(...) Ce test démontre un trouble majeur de la vigilance. Dans ce contexte, la conduite automobile n'est pas conseillée et nous avons averti la patiente des dispositions légales.

L'origine de cette somnolence reste à déterminer. La patiente nous assure qu'elle a amélioré son hygiène du sommeil. On constate aussi une bonne utilisation de son appareil de CPAP et une bonne efficacité sur le relevé de son appareil. Je ne vois d'autres possibilité (sic) que de refaire le bilan avec d'une part une actimétrie pour s'assurer de la durée du sommeil et d'autre part, de pratiquer une polysomnographie sous CPAP et un test de latences dans l'hypothèse d'une hypersomnie centrale.

D'autre part, la patiente utilise, lors de ses déplacements, une prothèse d'avancement mandibulaire mais la sienne ne semble plus actuellement adaptée. Elle souhaiterait voir les collègues de la chirurgie maxillo-faciale que je sollicite pour un avis."

- un rapport du 30 janvier 2015 de la Prof. V._____, Cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du [...] qui, à la suite d'un examen neuropsychologique pratiqué le 26 janvier 2015, a mis en évidence des limitations intentionnelles (fatigabilité modérée et défaut d'attention divisée), relevant qu'en revanche, les fonctions instrumentales, mnésiques et exécutives étaient préservées. Selon cette praticienne, compte tenu de ces résultats et d'un point de vue strictement neuropsychologique, la capacité de travail était limitée, la conduite automobile étant par ailleurs contre-indiquée.
- un rapport établi le 9 février 2015 par la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, libellé comme suit :

"Cette patiente n'est suivie à ma consultation que depuis le 8.1.2015. Elle frappe par un discours foisonnant, une difficulté à maintenir le focus de la discussion en raison d'une pensée digressive. L'expertise du Dr J._____ retenait selon les dires de la patiente un trouble bipolaire en rémission et considérait une pleine capacité de travail. Devant le tableau clinique actuel, je ne peux

parler de stabilisation suffisante pour réaliser une pleine capacité de travail. D'un point de vue purement psychiatrique, on peut considérer une capacité de travail de 50% au maximum.

Le Dr J._____ préconisait la prescription de quétiapine, médication qui a été instaurée par la Dresse H._____, qui suivait auparavant cette patiente. Sans réel impact positif sur l'état psychologique, ce traitement a par ailleurs entraîné une sédation si marquée qu'en début de cette année, la patiente se trouvait en arrêt de travail pour raison somatique, un test réalisé au centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du [...] mettant en évidence un trouble majeur de la vigilance. Dans ce contexte, ce traitement a été interrompu et la mise en place d'une autre médication est envisagée. Les troubles de la vigilance présentés par cette patiente sont en cours d'investigation par les médecins, généraliste et pneumologue qui la suivent et dans ce contexte, où maladie psychiatrique chronique et affections somatiques sont intriquées, la question de la mise en oeuvre d'une expertise multidisciplinaire me semblerait indiquée. La plainte principale de cette patiente concerne en effet une grande fatigabilité, des troubles de la concentration et de la vigilance et ces symptômes peuvent avoir des étiologies diverses, tant somatiques que psychiatriques.

Par ailleurs, un suivi préalable par le Dr [...] avait mis en évidence la présence d'un trouble de l'attention, diagnostic non retenu par le Dr J._____ alors que la présence de ce même diagnostic chez l'un des fils de la patiente rend celui-ci fortement envisageable chez elle."

- un rapport de la Dresse D._____ du 12 février 2015, dont le contenu est le suivant :

"Par la présente je confirme que la situation physique de cette patiente s'est péjorée depuis la dernière évaluation AI.

Depuis mon rapport de mars 2014, l'évolution a été marquée par l'apparition d'une somnolence diurne handicapante associée à un trouble de la concentration et de la mémoire.

La somnolence représente un handicap tel que la patiente hésite à prendre la route et peut même s'endormir lors d'un repas.

La patiente décrit un sentiment « d'ivresse de sommeil » contre lequel elle peine à lutter. Ces symptômes surviennent malgré la restauration d'un rythme veille sommeil adéquat attesté par un agenda du sommeil chez une patiente se couchant vers minuit pour ne pas se lever avant 8 heures et un contrôle de la prise en charge par CPAP normale avec, aux dernières mesures, un emploi moyen de 6 heures 27 par nuit et un index d'apnées-hypopnées à 0,4 par heure à savoir rigoureusement normal.

C'est dans ce contexte que j'ai adressé la patiente au [...] pour un test de maintien de l'éveil qui confirme la présence d'une somnolence diurne importante avec une latence moyenne au sommeil de 9 minutes. Face à ce trouble majeur de la vigilance, la conduite automobile est déconseillée et la patiente ne peut assumer un travail. Le bilan a été complété par un examen neuropsychologique qui confirme des limitations attentionnelles limitant la capacité de travail également (les rapports du 6 janvier

du CHUV et du 30 janvier concernant ces 2 points sont déjà en votre possession.)

Ainsi, dans ce contexte, le traitement médicamenteux a été modifié, la patiente a été encouragée à maintenir un horaire veille-sommeil adéquat, à effectuer une activité physique régulière. Un essai de traitement par mélatonine et luminothérapie est en cours.

Une nouvelle polysomnographie avec test de latences au sommeil ont été programmée au CHUV, examens qui auront lieu seulement mois d'avril.

Dans l'intervalle, la patiente est en incapacité de travail à 100 %."

Dans un avis du 4 mars 2015, le Dr T._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) s'est prononcé sur ces différents rapports, préconisant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a relevé que l'assurée souffrait de nombreuses atteintes à la santé, d'ordre somatique et psychiatrique, partiellement documentées (notamment les limitations fonctionnelles somatiques). Il a relevé que la situation médicale était complexe et faisait intervenir de très nombreux spécialistes. Selon le Dr T._____, les troubles du sommeil et de la vigilance semblaient restreindre fortement une quelconque capacité de travail. La situation ne pouvait être formellement caractérisée comme stabilisée d'un point de vue médical compte tenu des investigations en cours. En outre, il a estimé que sans évaluation globale de cette situation médicale complexe, il était impossible de déterminer si l'incapacité actuelle faisait suite à une aggravation de l'état de santé depuis la décision ou si elle était antérieure à celle-ci de manière continue.

Par lettre du 6 mars 2015, l'OAI s'est rallié aux conclusions du Dr T._____.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours – qui répond aux prescriptions légales de forme – a été déposé le 3 novembre 2014, soit moins de trente jours après le prononcé de la décision litigieuse du 6 octobre 2014, de sorte qu'il est recevable.

2. Est ici litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 (art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est en particulier invalide à 40% au moins (al. 1 let. c), la rente étant échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (al. 2).

b) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a; TF 9C_195/2013 du 15

novembre 2013 consid. 3.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question excédant l'objet de la contestation, pour autant que celle-ci remplisse certaines conditions (ATF 130 V 501 consid. 1.2; ATF 122 V 34 consid. 2a et réf. cit.). Il faut ainsi que cette question soit en état d'être jugée, qu'elle soit si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on puisse parler d'un état de fait commun, que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins, qu'elle n'ait fait l'objet d'aucune décision entrée en force et que les droits procéduraux des parties soient respectés (pour le tout cf. TF 9C_195/2013 précité consid. 3.1 et réf. cit.).

En l'espèce, l'OAI s'est prononcé le 6 mars 2015 sur les rapports produits en cours de procédure par la requérante. Ces documents, qui se rapportent directement au litige – savoir une éventuelle invalidité ouvrant le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité – sont ainsi recevables.

c) En vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin, les renseignements donnés oralement devant être consignés par écrit. Si nécessaire, l'assureur met en œuvre une expertise, selon la procédure de l'art. 44 LPGA.

En instance de recours, le juge 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 (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). Le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration est en principe possible

lorsqu'il faut trancher une question n'ayant jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou 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).

d) Il ressort des rapports produits en cours de procédure - comme l'a relevé le Dr T. _____ du SMR, l'OAI s'étant rallié à cette opinion - que la situation médicale de la recourante est en l'état insuffisamment documentée sur les plans somatiques et psychiques, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire s'impose. Les troubles décrits dans les rapports produits en cours de procédure de recours n'ayant pas fait l'objet de l'instruction conduite par l'OAI, c'est à ce dernier qu'il appartient de conduire cette expertise.

4. a) Il s'ensuit l'admission du recours et le renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il procède à une expertise pluridisciplinaire puis rende une décision quant au droit de la recourante au prestations de l'assurance-invalidité.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure est en principe onéreuse (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Le juge peut toutefois, lorsque l'équité l'exige, renoncer à percevoir des frais judiciaires (art. 50, 91 et 99 LPA-VD).

En l'espèce, dans la mesure où les troubles devant faire l'objet d'une instruction complémentaire ont été constatés alors que la présente procédure était déjà pendante, il serait inéquitable de faire supporter des frais judiciaires à l'une ou l'autre partie, de sorte qu'il doit y être renoncé.

La recourante n'ayant pas agi par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. a LPGA; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 3 novembre 2014 par C._____ est admis.

- II. La décision rendue le 6 octobre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- G._____ pour (C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :