

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance invalidité le 19 janvier 2017, dans laquelle elle indiquait, au titre d'atteinte à la santé, des problèmes internes depuis une dizaine d'années, en relation avec un by-pass posé en 2006.

Du 1^{er} octobre 1997 au 31 août 2013, elle a travaillé en qualité d'employée de production auprès de l'entreprise Z._____ SA, exerçant en parallèle, auprès de l'entreprise N._____ SA, une activité de nettoyeuse à raison d'un taux de 27 %. Licenciée de la première entreprise par courrier du 19 décembre 2012, elle a poursuivi son activité chez N._____ jusqu'au 16 janvier 2017, date à laquelle elle a présenté une incapacité de travail totale.

Dans un premier rapport du 17 mai 2017 adressé à l'OAI, le Dr Q._____, médecin praticien traitant de l'assuré, a indiqué à titre de diagnostics des troubles intestinaux avec diarrhées, impériosité fécale, dysurie et asthénie en lien avec une opération de by-pass gastrique réalisée en 2006, ainsi qu'une tendinopathie avec déchirure partielle des muscles sous-épineux et sous-scapulaire. S'agissant des troubles intestinaux, il n'existait plus ni traitement médical ni chirurgical et, s'agissant des problèmes d'épaule, seuls des traitements de physiothérapie et d'infiltrations restaient possibles. Il évoquait, compte tenu de ces atteintes à la santé, une incapacité de travail totale depuis le 22 novembre 2016 dans l'activité de technicienne de surface.

L'assurée a été adressée par son médecin traitant au Dr H._____, spécialiste en cardiologie, pour un bilan cardiologique en raison d'un essoufflement à l'effort présent depuis quelques mois sans douleur thoracique associée, limitant la patiente dans sa capacité fonctionnelle. Dans un rapport du 17 août 2017, le Dr H._____ a constaté que l'essoufflement décrit par l'assurée était la conséquence d'une

insuffisance mitrale, hémodynamiquement significative et nécessitant une prise en charge spécifique.

Le 14 mars 2018, le Dr H._____ a informé le Dr Q._____ qu'une échographie d'effort avait été réalisée et avait permis de constater que l'insuffisance mitrale dont souffrait la recourante restait stable au cours de l'effort, ce qui signifiait qu'elle ne pouvait pas être responsable d'un essoufflement significatif. Au cours d'une discussion, l'assurée lui avait indiqué qu'elle regrettait de ne pouvoir mettre cette pathologie en avant afin de diminuer son activité professionnelle. A ce rapport, Le Dr H._____ annexait celui du 26 février 2018 de la Dre P._____, également spécialiste en cardiologie, qui confirmait une insuffisance mitrale modérée, restée stable, malgré un effort modeste en raison d'une fatigue musculaire au niveau des jambes. Ce dernier médecin considérait que la pathologie cardiaque n'expliquait pas la dyspnée d'effort due plutôt selon elle à un déconditionnement physique, l'assurée étant très fortement sédentaire et surtout potentiellement à une broncho-pneumopathie chronique obstructive, en raison de son tabagisme. Il n'existait en l'état aucune indication à un geste chirurgical sur la valve.

Interpellé par le Dr G._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), le Dr H._____ a indiqué dans un rapport non daté mais enregistré par l'OAI le 4 mai 2018, que l'insuffisance mitrale était sans répercussion sur la capacité fonctionnelle, que l'état de santé de l'assurée était stable et que sous réserve d'un essoufflement, seule limitation fonctionnelle évoquée, la capacité de travail était bonne.

Le Dr Q._____ a pour sa part répondu au SMR le 9 mai 2018. L'état de santé de sa patiente était stable depuis son dernier rapport, la capacité de travail dans son activité de nettoyeuse était nulle depuis avril 2017 et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, qui lui semblait difficile à trouver, était selon lui actuellement impossible. Les effets secondaires de l'atteinte gastrique avaient, selon l'assurée, été progressifs au fil des années, expliquant qu'elle avait disposé d'une

capacité de travail jusqu'en novembre 2016. Les limitations fonctionnelles du point de vue gastrique étaient en lien avec ses diarrhées chroniques, urgence défécatoire et asthénie ; du point de vue orthopédique en lien avec des omalgies qui limitaient les mouvements et le port de charge ; quant à l'aspect cardiologique ce médecin ne reconnaissait plus de limitations, évoquant néanmoins une dyspnée d'effort à explorer sur le plan pneumologique. Le traitement de l'assurée était constitué de Zestril, vitamine D, vitamine B12 et d'un supplément calcique. Une broncho-pneumopathie chronique obstructive était en cours d'investigation, et l'assurée ne bénéficiait d'aucun suivi psychiatrique.

Par courrier du 14 mai 2018 adressé à l'OAI, l'assurée a indiqué avoir été suivie d'abord par la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale, en raison de ses plaintes de carences alimentaire qu'elle attribuait à un stress permanent et à répétition, puis par un spécialiste en psychiatrie, le Dr [...] qui n'approuvait pas le comportement de son employeur qui l'avait finalement licenciée après de nombreuses années de travail acharné.

Le 5 juin 2018, le Dr G._____ a considéré que les éléments à sa disposition ne permettaient pas d'admettre que les atteintes digestive et cardiaque étaient incapacitantes. Les motifs psychiques qui avaient participés à l'interruption de l'ancienne activité de l'assurée n'étaient plus d'actualité et seule l'atteinte de son membre supérieur droit était potentiellement incapacitante.

L'assurée a été suivie par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 17 novembre 2016 au 20 mars 2017. Dans un rapport du 21 juin 2018 adressé à l'OAI, ce médecin a diagnostiqué une lésion partielle du tendon supra-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule droite présente depuis 2016. Sous réserve des activités répétitives des membres supérieurs, des efforts et de la mobilisation de l'épaule au-dessus du buste, la capacité de travail de l'assurée était complète dans une activité adaptée.

Le 4 décembre 2018, le Dr Q._____ a attesté de l'obligation pour l'assurée de bénéficier d'un régime alimentaire à vie.

Dans un rapport du 6 décembre 2018, adressé à [...] Assurance de Protection juridique SA alors mandataire de l'assurée, le Dr Q._____ a indiqué que la fatigue chronique, ainsi que les diarrhées multiples et quotidiennes au nombre de cinq à dix par jour ajoutées aux douleurs abdominales et à l'urgence défécatoire rendaient une activité professionnelle impossible. Les douleurs à l'épaule droite limitaient l'assurée lors d'efforts et la difficulté respiratoire empêchait une activité professionnelle normale. Le médecin traitant a encore précisé que le montage chirurgical inadéquat exécuté en 2006, non ré-opérable selon le Dr D._____, spécialisé en chirurgie viscérale, qui provoquait les symptômes intestinaux accompagnerait l'assurée toute sa vie, de même que la dyspnée d'effort due à une insuffisance mitrale pour l'instant inopérable. Il ajoutait de surcroît que les symptômes décrits engendraient chez l'assurée une perte d'estime, des difficultés au niveau de son humeur. Cette situation abdominale impossible à améliorer médicalement entraînait une dépression chronique profonde. En annexe, à ce rapport, le Dr Q._____ transmettait un rapport du 17 juin 2016 du Dr D._____ qui évoquait les plaintes de la patiente sous forme de fatigue et de diarrhées soulevant l'hypothèse que ces dernières pouvaient être en relation avec une vagotomie non intentionnelle lors de l'opération ou un syndrome de malabsorption mal régulé qui devait encore être investigué avant toute tentative chirurgicale.

A la suite d'un projet de décision, l'OAI a confirmé le refus d'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée par décision du 16 janvier 2019, au motif qu'une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI retenait comme revenu sans invalidité un salaire de 54'577 fr. et comme revenu avec atteinte le montant de 49'119 fr. conduisant à un degré d'invalidité de 10 % ne donnant pas droit à une rente.

B. Par acte du 14 février 2019, B._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir pris en considération ses problèmes intestinaux pourtant incapacitants, de ne pas avoir envisagé une perte de rendement du fait de ses « urgences fécales », ainsi que d'avoir omis d'examiner l'aspect relatif à une insuffisance mitrale entraînant une dyspnée à l'effort. Elle indique que les rapports médicaux des médecins traitants doivent en l'occurrence être pris en considération faute d'autres éléments médicaux qui les contrediraient. Elle critique également le taux d'abattement retenu par l'OAI de 10 %, considérant qu'un taux de 25 % se justifiait davantage.

Dans sa réponse du 3 avril 2019, l'intimé a proposé le rejet du recours, au motif notamment que malgré l'opération du by-pass en 2006 évoquée comme cause des problèmes intestinaux, la recourante n'avait pas été empêchée de travailler jusqu'à fin 2016 et que l'atteinte cardiaque n'était de toute évidence pas incapacitante conformément au rapport du Dr H._____ du 4 mai 2018.

Le 10 mai 2019, la recourante a confirmé les conclusions de son recours. Elle a relevé que sa dernière activité lucrative n'avait été exercée qu'à hauteur de 27 % par semaine et que l'OAI n'avait nullement discuté les rapports médicaux pourtant détaillés du Dr Q._____.

Dans sa duplique du 11 juin 2019, l'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) La recourante se plaint d'une mauvaise appréciation de la part de l'intimé de son état de santé s'agissant en particulier de ses troubles cardiologiques et digestifs qui n'auraient pas été suffisamment pris en considération dans l'évaluation de sa capacité de travail. Elle se réfère essentiellement à cet égard aux rapports de son médecin traitant, le Dr Q. _____ des 9 mai et 6 décembre 2018, considérant que ces derniers décrivent précisément ces troubles et ne sont pas sérieusement contredits par l'office intimé.

b) Le rapport du 6 décembre 2018 du médecin traitant évoque effectivement une insuffisance mitrale responsable d'une dyspnée d'effort qui participe selon lui à l'incapacité totale de travail de la recourante. Cependant, les rapports médicaux émanant des spécialistes en cardiologie font état d'une appréciation divergente. En effet, tant le Dr H. _____ que la Dre P. _____ considèrent que cette insuffisance mitrale, quoique bien présente, est en réalité modérée et qu'elle reste stable à l'effort ne pouvant pas être responsable d'un essoufflement significatif. La Dre P. _____, compte tenu des tests effectués, relie au contraire cette dyspnée à un déconditionnement physique de la patiente et une problématique en lien avec son tabagisme. Ainsi, les avis des spécialistes qui se révèlent rassurants, doivent l'emporter sur celui du médecin généraliste. Ils ne laissent au demeurant planer aucun doute sur l'incidence de cette insuffisance mitrale sur la capacité de travail de la recourante que le Dr H. _____ considère comme bonne dans une activité adaptée, cette pathologie n'ayant aucune répercussion sur la capacité fonctionnelle de cette dernière (rapport du Dr H. _____ du 26 avril 2018). L'OAI n'avait ainsi aucune raison objective d'investiguer d'avantage cet

aspect, les appréciations au demeurant fort claires des spécialistes ne permettant pas de se convaincre du caractère incapacitant de cette insuffisance.

c) S'agissant des constatations du Dr Q._____ relatives aux troubles digestifs et leur incidence sur l'exercice d'une activité professionnelle, ces dernières doivent être prises en considérant l'empathie que doit avoir tout médecin traitant vis-à-vis de ses patients. Les plaintes de la recourante sont certes également consignées dans le rapport du spécialiste, le Dr D._____ du 17 juin 2016 qui mentionne déjà un état de fatigue important, de même que des diarrhées et urgences défécatoires depuis 2006, mais qui ne permet toutefois pas d'admettre l'existence d'une incapacité de travail. Au demeurant on relèvera, à l'instar de l'intimé, que cette atteinte n'a pas empêché la recourante de travailler jusqu'en août 2013 comme ouvrière de fabrique, parallèlement à une activité de nettoyage chez N._____, puis chez ce dernier employeur, à un taux d'activité réduit jusqu'en janvier 2017, date à laquelle elle s'est trouvée en incapacité de travail totale. S'il ressort du rapport du 9 mai 2018 du Dr Q._____ que, selon la patiente, les effets secondaires de l'intervention de chirurgie bariatrique se sont accentués au fil des années, ce médecin n'objective pas cette aggravation par une argumentation médicale ni par la production d'autres rapports de spécialistes. Il se contente en effet de rapporter les plaintes de la recourante. Enfin, on relèvera qu'il ne donne aucun détail du régime alimentaire à vie, dont il fait pourtant état dans un certificat du 4 décembre 2018, ne permettant pas d'évaluer la gravité de la situation médicale et alimentaire de sa patiente. De même, le traitement qu'il évoque dans son rapport du 9 mai 2018, est uniquement composé de vitamines (D et B12), de complément calcique et d'un traitement de Zestril contre l'hypertension, sans aucun lien *a priori* avec des troubles intestinaux.

Enfin, le rapport du 6 décembre 2018 du médecin traitant adressé pour le besoin de la cause au mandataire de la recourante doit être pris avec réserve, compte tenu des contradictions qu'il fait naître. En effet, ce médecin y décrit une dépression chronique profonde en lien avec

la situation abdominale de sa patiente tout en indiquant peu de temps auparavant dans son rapport du mois de mai qu'elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique. En outre, rien au dossier ne permet de se convaincre d'une telle pathologie psychiatrique qui subsisterait encore, ce qu'en l'occurrence, la recourante elle-même n'allègue pas. A cet égard, il paraîtrait étonnant, compte tenu de la sévérité de la pathologie évoquée, que le Dr Q._____ n'envoie pas sa patiente auprès d'un spécialiste, susceptible de la prendre en charge de manière adéquate. Le fait que dans ce rapport, le médecin traitant relie encore la dyspnée d'effort à l'insuffisance mitrale dont il dit qu'elle ne peut être opérée, renforce encore le sentiment de réserve à l'égard de ce document, sachant que quelques mois auparavant en mai 2018, il indiquait à l'OAI que la pathologie cardiaque avait été révoquée. Enfin, les douleurs abdominales quotidiennes qu'il relate dans ce dernier rapport, sans objectiver pour autant comment elles seraient apparues, ne se retrouvent dans aucun des autres documents médicaux antérieurs du dossier, puisque l'indication au bilan radiologique avait été posée en raison d'une dyspnée d'effort sans douleurs thoracique.

Ce qui précède ne permet en tous cas pas de se convaincre de la gravité de la situation telle qu'alléguée par la recourante dans son acte de recours et de se convaincre de la valeur probante que cette dernière entend donner aux rapports du Dr Q._____. Il n'y a par conséquent pas lieu d'admettre la nécessité d'une instruction complémentaire sur ces deux aspects.

d) Quant aux atteintes à l'épaule droite de la recourante, l'appréciation de l'intimé n'est guère critiquable puisque conforme aux constatations du Dr R._____, spécialiste, qui a admis une capacité de travail complète dans une activité adaptée, moyennant respect de certaines limitations fonctionnelles, sous forme d'une activité sans effort, sans mobilisation répétitive du membre supérieur droit et sans mobilisation de l'épaule droite au-dessus du buste. Que les activités proposées par l'OAI dans la décision attaquée ne soient pas exigibles, ne suffit, au demeurant pas encore à considérer que la recourante dispose

d'une capacité de travail autre que celle attestée par le médecin spécialiste. En effet, la recourante est susceptible de trouver une activité adaptée à son état de santé au vu de l'éventail de possibilités que recouvrent des activités simples et répétitives.

Au regard de ce qui précède, la Cour de céans ne peut pas suivre la recourante lorsqu'elle réclame la reconnaissance d'une incapacité de travail totale dans toute activité, et il s'impose de retenir qu'elle ne présente aucune atteinte à la santé susceptible d'entraver sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée. La position de l'intimé n'est à cet égard pas critiquable.

6. a) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

b) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à

l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

c) En l'espèce, la recourante ne conteste pas les revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI, sur lesquels il n'y a dès lors pas lieu de revenir. Elle critique en revanche le taux d'abattement de 10 % que l'intimé a pris en considération pour tenir compte de son âge et des années de services au sein de la même entreprise. Compte tenu de la jurisprudence évoquée au consid 6b ci-dessus, le fait de n'avoir pas tenu compte des limitations fonctionnelles en lien avec la problématique intestinale de la recourante n'est pas critiquable, puisque ces dernières existent depuis 2006, alors qu'elle travaillait encore. Quoiqu'il en soit, à ce stade la question d'un taux d'abattement supérieur peut rester ouverte puisque même en admettant un abattement de 25 %, le taux d'invalidité resterait inférieur à 40 % ne permettant pas l'octroi d'une rente d'invalidité.

La décision de l'OAI de refuser la rente d'invalidité ne prête en conséquence pas flanc à la critique.

7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une

appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'espèce rien au dossier ne permet à la Cour de Céans d'admettre que les atteintes cardiaque et digestive sont susceptibles d'être invalidantes. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comme le requiert la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI) qui doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 janvier 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour B._____);
- 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).

La greffière :