

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Valentine Truan, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst, art. 7, 8 al. 1, 16 et 49 al. 3 LPGA ; art. 4 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé comme vendeuse jusqu'au 30 novembre 2012 au taux de 50 %.

L'assurée a déposé une demande de prestations datée du 6 février 2013 auprès l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Aux termes du formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » rempli le 24 février 2013, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %, ce qu'elle a confirmé à l'occasion d'une enquête ménagère le 21 mars 2017.

Dans un rapport du 24 mai 2013, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif existant depuis 2012. Un status après remplacement valvulaire aortique en mai 2011 constituait un diagnostic sans effet sur la capacité de travail. L'assurée présentait des limitations sur le plan psychiatrique, soit des troubles de l'humeur, de l'insomnie, une aboulie, des idées de ruine et de dévalorisation, de l'anxiété et du retrait social qui rendaient l'exercice de l'activité adaptée non exigible. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail complète depuis le 24 septembre 2012. Le Dr B._____ a produit un rapport du 10 avril 2013 de la Dre F._____, spécialiste en cardiologie, posant le diagnostic de cardiopathies congénitales avec sténose aortique valvulaire et sous-valvulaire, insuffisance mitrale et canal artériel, status post-résection sous-aortique et plastie aortique et mitrale en 2001, status post remplacement valvulaire aortique biologique (Mitroflow 21) le 20 mai 2011, augmentation des gradients à travers la bioprothèse aortique et discrète dysfonction ventriculaire gauche, stable.

Dans un rapport du 16 juin 2013, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics incapacitants

d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, (F32.2) et de difficultés d'adaptation, licenciement en septembre 2012 (Z60.8).

Par rapport reçu le 20 novembre 2013 par l'OAI, la Dre M._____ a indiqué qu'une amélioration symptomatique permettait la mise en place de mesures de réadaptation. La capacité de travail, dès le 1^{er} décembre 2013, était de 20 % et augmenterait progressivement en fonction de l'évolution.

L'OAI a pris en charge un entraînement à l'endurance auprès du [...] entre les 18 février et 16 mai 2014, mesure interrompue le 22 avril 2014 en raison des problèmes de santé somatiques de l'assurée.

Par rapport du 9 mai 2014, le Dr B._____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire avec de la fatigue, des céphalées, de l'hypersomnie et une humeur dépressive. La capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée était nulle.

Dans un rapport du 16 juillet 2014, la Dre F._____ a posé les diagnostics incapacitants de cardiopathie congénitale avec sténose aortique valvulaire et sous-valvulaire, insuffisance mitrale et canal artériel, status post-résection sous-aortique et plastie aortique et mitrale en 2011, status post-remplacement valvulaire aortique par une valve aortique biologique Mitroflow 21 le 20 mai 2011, augmentation stable des gradients à travers la bioprothèse aortique, dysfonction ventricule gauche modérée post-opératoire ainsi que récupération presque complète de la fonction ventriculaire gauche depuis six mois existant depuis la naissance, d'état dépressif depuis 2011 et d'hypoplasie mammaire bilatérale depuis l'adolescence.

Dans un courrier du 9 septembre 2014, la Dre F._____ a répondu aux questions qui lui avaient été adressées par le Dr N._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR). Elle a indiqué que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise,

sans port de charges lourdes, en milieu tempéré), la capacité de travail de l'assurée était de 50 %. L'assurée restait psychologiquement fragile, avec un important état dépressif constituant le facteur limitant majeur à la reprise d'une activité à 100 %.

Dans un courrier du 15 septembre 2014, la Dre M. _____ a estimé la capacité de travail de l'assurée entre 40 et 50 %, à partager en plusieurs jours dans la semaine, préférablement en demi-journées.

Le Dr B. _____ a quant à lui retenu, dans un courrier du 28 octobre 2014, une capacité de travail de 50 % dans une activité sédentaire, sans porter de charges lourdes et en milieu tempéré.

Le 29 juillet 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle assumait, sur demande, des mandats de traductrice pour la police et la justice.

Une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès du T. _____. Par rapport du 17 novembre 2016 auquel étaient joint de nombreux rapports médicaux, les Drs C. _____, spécialiste en médecine interne générale, K. _____, spécialiste en cardiologie, et R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment indiqué ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, Madame V. _____ se plaint de crampes de tout le membre inférieur gauche, survenant à la marche, dans les escaliers et en station debout prolongée, rendant toute activité professionnelle autre que sédentaire impossible.

Ses troubles statiques dorsolombaires occasionnent des douleurs interscapulaires et lombaires pour lesquelles de la physiothérapie vient de lui être prescrite.

La dyspnée d'effort persiste, gênant parfois l'expertisée pour parler ; il n'y a pas eu d'amélioration avec le Symbicort prescrit en avril. Il est trop tôt pour juger de la réponse à l'arrêt des bêtabloquants avec introduction du Ventolin puisque ce traitement n'a débuté que le 22 août. La cause de cette dyspnée - dont la composante pulmonaire ne fait pas de doute - reste imprécise, avec des perturbations respiratoires (syndrome obstructif sévère et restrictif léger), mais aussi cardiovasculaires (lignes de Kerley B sur la radiographie thoracique et ergospirométrie parlant pour une

limitation d'origine cardiovasculaire). Quoi qu'il en soit, l'origine somatique ne fait pas de doute.

Sur le plan cardiologique, l'échocardiographie de ce jour montre une bonne fonction ventriculaire gauche avec des gradients transvalvulaires aortiques modérément augmentés, qui pourraient participer au tableau, bien que ce dernier date de plusieurs années et qu'à l'époque, les gradients transvalvulaires aortiques étaient moins importants et probablement sans effet sur la clinique. L'ergométrie de ce jour a été rapidement arrêtée en raison d'un essoufflement précoce ; l'aptitude physique est ainsi considérée comme faible.

En conclusion, la situation actuelle ne permet pas à Madame V. _____ d'avoir une activité professionnelle nécessitant des efforts, même discrets, son aptitude physique étant franchement basse. L'origine de cette faible aptitude physique est probablement multifactorielle, avec une atteinte pneumologique, une participation cardiologique et un déconditionnement physique. La participation cardiologique aux symptômes est possible au vu des gradients transvalvulaires actuels, alors qu'elle a été probablement peu importante les dernières années au vu de la bonne fonction ventriculaire gauche et des gradients qui, à l'époque, n'étaient pas supposés générer des symptômes.

Sur le plan psychique, notre évaluation montre principalement une atteinte de la thymie avec humeur fluctuante, instable, à dominante dysphorique, asthénie vitale (l'épuisement est la plainte principale), et anergie avec anhédonie. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, de culpabilité pathologique, ni d'idéation suicidaire. Les plaintes sont légèrement plus marquées que les constats objectifs, ce qui est davantage lié à un besoin de reconnaissance de la souffrance et de l'usure dans le temps qu'à une forme de majoration.

Madame V. _____ décrit assez clairement que sa problématique psychique s'est chronicisée, dans le sens qu'elle est en état dysphorique depuis fin 2012, cela même si, durant cette période, il y a eu des phases de péjoration (suite à des événements de vie) ou d'amélioration, comme cela serait plutôt le cas actuellement.

La symptomatologie relevée est au maximum d'intensité légère, stade insuffisant pour évoquer un trouble dépressif récurrent. Selon les critères de la CIM-10, on peut au maximum retenir une dysthymie (F 34.1), en tenant compte d'une atteinte chronique de l'humeur très largement décrite et documentée.

Concernant l'origine du trouble de l'humeur, comme la pathologie psychiatrique est apparue bien après les troubles somatiques, on retient un mécanisme d'usure dans lequel intervient d'abord la déception des limitations que génère le problème cardiaque congénital, puis les difficultés existentielles et professionnelles qui s'y sont ajoutées, avec échecs récurrents.

Quant à l'anxiété, elle est significative, se manifestant par une tension physique et psychique constante associée à des ruminations soucieuses (ou interrogatives et inquiètes) qui ne sont ni

obsessionnelles ni envahissantes. Celles-ci concernent avant tout sa santé et son avenir. On relève également la survenue de crises anxieuses. Pour ces raisons, nous retenons le diagnostic de trouble anxieux mixte (F 41.3), selon les critères définis par la CIM-10.

L'évaluation n'a pas mis en évidence de trouble de la personnalité. D'ailleurs, Madame V. _____ se considère comme une personne combative et volontaire. Il est indéniable qu'elle a été fragilisée par un vécu caractérisé par le combat lié à son affection somatique chronique qui ne lui a pas permis de réaliser nombre de ses projets de vie, comme celui de fonder une famille. De plus, son environnement est actuellement mis à mal, avec notamment des tensions dans son couple avec soucis financiers, l'entreprise du mari étant en train de faire faillite.

Notre évaluation retient donc une dysthymie et un trouble anxieux mixte.

Sur le plan de l'évaluation fonctionnelle, on observe une légère altération dans le fonctionnement au quotidien, avant tout liée à la composante fatigue. En principe Madame V. _____ reste indépendante et autonome dans les faits et gestes de sa vie quotidienne, mais prend plus de temps pour les réaliser et récupérer (avec de ce fait une diminution de l'endurance). Par ailleurs, il n'y a pas d'atteinte touchant le fonctionnement cognitif : les capacités de jugement, de raisonnement et à s'organiser sont parfaitement conservés (sic). Il n'y a pas de troubles de la mémoire ou de la concentration. L'expertisée conserve nombre de plaisirs dans l'existence, elle a un bon contrôle de ses affects et des pulsions. La capacité à interagir avec autrui est également préservée ; d'ailleurs elle continue à se socialiser. Enfin, elle travaille à temps partiel comme traductrice. Au vu de tous ces éléments, il n'y a pas de justification à une incapacité de travail pour motif psychiatrique ; par contre, on peut admettre que la fatigue et les ruminations anxieuses sont source d'une diminution de rendement de l'ordre de 20% au maximum.

En conclusion, pour des raisons cardiorespiratoires, Madame V. _____ a actuellement une capacité fonctionnelle faible (V02 pic à 18.4 ml/min/kg), compatible uniquement avec une activité sédentaire (type secrétariat) exercée à 85-90% (durant 7h/jour). L'atteinte vasculaire du membre inférieur gauche limite en particulier les déplacements.

[...]

1. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

1.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Status après deux opérations cardiaques - dont résection sous-aortique et plastie aortique mitrale en 2001 - pour malformation congénitale :
 - o Sténose aortique avec gradients transvalvulaires élevés (actuelle).

- o Dysfonction ventriculaire gauche discrète (actuelle).
- Artériopathie oblitérante iatrogène du membre inférieur gauche au stade d'ischémie d'effort (occlusion de l'artère iliaque externe) (2011).
- Syndrome broncho-obstructif sévère et syndrome restrictif léger d'origine indéterminée (fin 2013 au moins)

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

- Trouble anxieux mixte (F 41.3) (2012).
- Dysthymie (F34.1) (2012).
- Troubles statiques dorsolombaires.

2. *Quelles sont les limitations fonctionnelles ?*

Faible aptitude physique avec importante fatigue et dyspnée au moindre effort. Crampes du membre inférieur gauche à l'effort et en position statique prolongée.

3. *Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici*

3.1 *Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*

L'expertisée est incapable d'avoir une activité professionnelle nécessitant un effort, même discret. Elle ne peut donc pas travailler comme vendeuse.

3.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

0% comme vendeuse. Seule une activité purement sédentaire peut être envisagée.

3.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Non en ce qui concerne l'activité de vendeuse.

3.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Oui, totale comme vendeuse.

3.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail ? A quel taux ?*

100% dès septembre 2012.

3.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

La cause de l'incapacité de travail a d'abord été psychiatrique, avec une incapacité totale au début, la dépression ayant une intensité sévère, puis à 50% dès juin 2013. Mais l'IT était aussi justifiée, en tant que vendeuse, par l'insuffisance artérielle du MIG. Enfin, une

dyspnée est clairement mentionnée depuis fin 2013 - avec réadaptation cardiaque à [...] en 2014 sans succès. On peut dès lors estimer que l'activité de vendeuse n'est plus exigible, les 2 semaines de travail en septembre 2015 ayant été clairement au-dessus des forces de l'expertisée.

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

Oui. Etant donné les nombreuses atteintes à la santé et leur caractère chronique, il est important que l'expertisée bénéficie d'une aide à la réinsertion professionnelle.

4.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

L'activité doit être sédentaire et très légère.

4.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

7 heures par jour.

4.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

En principe pas si l'activité est bien adaptée.

4.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Janvier 2015.

[...]

Remarques:

Madame V._____ affiche de toute évidence une bonne volonté, mais ne peut simplement pas physiquement avoir une activité professionnelle nécessitant des efforts.

L'origine de cette faible aptitude physique est multifactorielle : une atteinte pneumologique et une participation cardiologique et un déconditionnement physique qui en est le résultat ».

Par rapport du 21 décembre 2016, le Dr N._____ a retenu que l'assurée présentait comme atteinte principale à la santé une artériopathie oblitérante du membre inférieur gauche. Une dyspnée d'effort post-chirurgie cardiaque et syndrome broncho-obstructif ainsi qu'une dépression en rémission constituaient des pathologies associées du ressort de l'AI. Le début de l'incapacité de travail durable était fixé au

mois de septembre 2012. La capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle mais de sept heures par jour dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues étant : activité légère, purement sédentaire et principalement en position assise à répartir harmonieusement sur cinq jours ouvrables. L'aptitude à la réadaptation était fixée dès le mois de janvier 2015.

Par projet du 27 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2015. Il a considéré que l'assurée avait présenté une incapacité complète de travail dès le 20 septembre 2012 et que, dès le 1^{er} janvier 2015, elle avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (activité légère, purement sédentaire et principalement en position assise) à concurrence de 7 heures par jour et cinq jours ouvrables par semaine.

Le 11 mai 2017, la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : la CAP) a indiqué à l'OAI avoir été consultée et a requis que lui soit adressé copie du dossier de l'assurée. Elle a produit une procuration du 8 mai 2017.

Par envoi du 13 juillet 2017, la CAP a contesté le projet de décision et a requis un complément d'expertise. Elle a produit plusieurs rapports médicaux, soit :

- un rapport du 12 juin 2017 de la Dre F._____ relevant que, dans une activité de traductrice, l'affection cardiaque limitait les déplacements nombreux et rapides mais ne restreignait pas l'assurée si elle était statique et pouvait rester sur le même lieu de travail. Elle a estimé que, dans une activité adaptée, l'intéressée conservait une capacité de travail proche de 100 % et qu'elle devait être de 50 % dans son activité de traductrice. La Dre F._____ a pour le surplus confirmé l'appréciation et les conclusions des experts.

- un rapport du 19 juin 2017 du Dr B._____, aux termes duquel ce dernier a indiqué que, bien que l'état de sa patiente soit stabilisé, elle souffrait d'une fatigabilité et d'un essoufflement à l'effort ne lui permettant pas de faire face à des efforts soutenus et à la manipulation de charges lourdes. Le médecin précisait qu'à son avis, l'assurée avait une capacité de 50 % dans une occupation légère (activité de type commercial ou de bureau).
- un rapport du 21 juin 2017 de la Dre M._____ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent de type dysthymique (F34.1), de trouble anxieux (F41.9), de trouble panique par le passé (F41.0) et de difficultés dans le rapport avec le conjoint (Z63.0). Tout en se ralliant à l'appréciation clinique diagnostique des experts, la psychiatre a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée due aux diagnostics psychiatriques s'élevait à 40 - 50 %.

Dans un rapport du 8 août 2017, les Drs X._____ et U._____, spécialistes en pneumologie, ont indiqué que l'assurée conservait une capacité de travail dans son activité actuelle de traductrice. Ils ont précisé que « sur la base de l'évaluation fonctionnelle par ergospirométrie [...] une durée de travail comme interprète, c'est-à-dire un travail sédentaire sans port de charge est possible durant 8h/j ». Les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient : intolérance à l'effort, fatigabilité accrue, nécessité d'éviter toute exposition à des irritants respiratoires et aux fluctuations de températures. Les spécialistes ont indiqué ne pas retenir le diagnostic de syndrome broncho-obstructif sévère et syndrome restrictif de degré léger d'origine indéterminée mais plutôt celui de dyspnée d'origine multifactorielle avec un syndrome mixte obstructif et restrictif de degré sévère, compatible avec une scoliose, un status post sternotomie ainsi qu'un possible asthme versus bronchiolite d'étiologie indéterminée.

Dans un avis du 20 octobre 2017, le Dr N._____ a relevé que la Dre F._____ avait confirmé l'appréciation de la capacité de travail par les experts du T._____ et que la Dre M._____ n'avait soulevé aucune

aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée depuis l'expertise. Elle partageait l'appréciation clinique diagnostique des experts mais jugeait différemment de l'exigibilité dans une activité adaptée. Le Dr N._____ a relevé que le test d'effort pratiqué par les experts avait attesté du fait que la réserve fonctionnelle de l'assurée à l'effort était basse. Les limitations cardiaques et respiratoires avaient été prises en compte dans leur appréciation. Le Dr N._____ a encore indiqué que le rapport du 8 août 2017 des Drs X._____ et U._____ confirmait la capacité de travail retenue par les experts tout en se distanciant des origines possibles de la dyspnée d'effort retenues.

Par courrier du 16 juillet 2018 à la CAP, l'OAI s'est déterminé sur la contestation de l'assurée et l'a informée qu'elle recevrait prochainement une décision confirmant son projet du 27 avril 2017.

Par décision du 27 août 2018 adressée sous pli simple directement à l'assurée, l'OAI lui a octroyé une rente d'invalidité entre le 1^{er} septembre 2013 et le 31 mars 2015.

Le 16 octobre 2018, faisant suite au courrier du 16 juillet 2018, la CAP a demandé qu'une décision soit rendue.

Le 19 octobre 2018, l'OAI a adressé à la CAP copie de sa décision du 27 août 2018.

B. Par acte du 20 novembre 2018, V._____, représentée par Me Valentine Truan, a recouru contre la décision du 27 août 2018 et pris les conclusions suivantes :

« **Principalement :**

1. Le présent recours est admis.
2. Il est pris acte que Madame V._____ est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pour la période allant du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2015.
3. Au surplus, la décision rendue le 27 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud à l'encontre de Madame V._____ est annulée/réformée.

4. Partant, Madame V. _____ est également mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015 également et ce pour une durée indéterminée.
5. Partant, des mesures de réadaptation sont allouées à Madame V. _____.
6. Une équitable indemnité de partie est allouée à Madame V. _____, à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud.

Subsidiairement :

1. Le présent recours est admis
2. Il est pris acte que Madame V. _____ est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière pour la période allant du 1^{er} septembre 2013 au 31 mars 2015.
3. Au surplus, la décision rendue le 27 août 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud à l'encontre de Madame V. _____ est annulée/réformée.
4. Une expertise complémentaire permettant de déterminer dès le 1^{er} janvier 2015 le taux d'incapacité de travail et de gain de Madame V. _____ est ordonnée
5. Une équitable indemnité de partie est allouée à Madame V. _____, à charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud ».

La recourante a fait valoir que la décision entreprise avait violé son droit d'être entendue car elle n'indiquait pas clairement quel était son fondement. Elle a également reproché à l'expertise du T. _____ d'être incomplète et insuffisante, en particulier de ne pas tenir compte de ses plaintes. Elle a également déploré que l'OAI n'ait pas explicité en quoi consisterait une activité adaptée à sa situation et a affirmé qu'une telle activité n'existerait pas. Elle a réclamé enfin des mesures de réadaptation. A l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un rapport du 8 novembre 2018 du Dr B. _____ indiquant que le dernier bilan cardiologique faisait état d'une diminution de la fonction cardiaque. Le médecin a confirmé que l'assurée pouvait, à son sens, pratiquer une activité professionnelle ne nécessitant pas d'efforts importants, idéalement une activité telle que travail de bureau ou commercial sans effort à un taux de 50 %.

Le 14 décembre 2018, la recourante a produit une lettre de sortie du 7 décembre 2018 de la Dre F. _____ faisant suite à un séjour de l'assurée auprès du [...] entre le 28 novembre et le 3 décembre 2018. Cette lettre indique que la recourante avait consulté en raison d'une

dyspnée stade NYHA 3 en forte augmentation depuis la dernière semaine dans un contexte de sténose aortique et d'extrasystole ventriculaire de haute incidence.

La recourante a encore produit, le 21 janvier 2019, un rapport du 11 janvier 2019 du Dr X. _____ et de la Dre W. _____, spécialiste en pneumologie, indiquant que le suivi des fonctions pulmonaires montrait la stabilité d'un trouble ventilatoire mixte, obstructif et restrictif, de degré sévère ainsi qu'un trouble de diffusion de degré léger. Sur cette base et sur le plan respiratoire uniquement, un travail sédentaire sans port de charge était possible pendant huit heures par jour.

Par réponse du 4 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit un avis du 31 janvier 2019 du Dr N. _____ indiquant que le rapport de la Dre F. _____ invoquait des évolutions de la malformation cardiaque de la recourante alors que les Drs X. _____ et W. _____ avaient confirmé et motivé la stabilité des empêchements respiratoires depuis 2016 et le retour à l'état clinique qui prévalait avant la décompensation de novembre 2018.

Par réplique du 20 février 2019, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

Par duplique du 11 mars 2019, l'OAI a également confirmé ses conclusions.

Le 10 avril 2019, sur interpellation de la juge instructrice, le Dr S. _____, spécialiste en médecine interne, médecin auprès du T. _____, a indiqué ce qui suit :

« Sur le plan médecin interne,

En cas de limitation d'ordre cardio-respiratoire, l'ergospirométrie est un test fiable pour estimer la capacité de travail requise en fonction de l'activité professionnelle déployée. Ce test mesure le débit maximum d'oxygène consommé lors d'un effort (VO2 max), c'est-à-dire le volume maximal d'oxygène prélevé au niveau des poumons et utilisé par les muscles par unité de temps, soit la consommation d'oxygène.

Dans le cas de l'expertise, la VO2 max a été estimée à 18.4 ml/min/kg soit 53% de la valeur prédite. Ceci correspond à une intolérance sévère à l'effort. Seule[s] des tâches sédentaires sont possibles. Si l'on prend l'exemple d'un travail uniquement assis de secrétariat, ou des tâches d'écriture ou de calcul, la VO2 requise est de 4,25 ml/min/kg.

Chez cette assurée, le seuil ventilatoire est atteint précocement à 37 % de la VO2 max prédite, compatible avec un déconditionnement et/ou une insuffisance cardiaque. Le seuil d'adaptation ventilatoire est de l'ordre de 70-80 % pour une personne entraînée, de l'ordre de 50 % pour une personne sédentaire et de l'ordre de 30 % de la Vo2 max pour une personne très déconditionnée, totalement sédentaire. Le déconditionnement est réversible s'il n'est pas d'origine cardiaque. On ne peut ainsi pas conclure que le déconditionnement, s'il est réversible, constitue un handicap.

Le pourcentage de VO2 max que l'on peut soutenir pendant une tâche de 8h est d'environ 35%, (40%, voire max 50%) ainsi, la consommation d'oxygène de la tâche requise ne doit pas dépasser les 35% de la VO2 max fournie par le sujet.

Dans notre cas : $VO2 \text{ tâche} / VO2 \text{ expertisée} = 4,25 / 18,4 : 23 \%$ de la capacité maximale.

Ainsi, la durée et l'intensité possibles du travail dans une tâche est inférieure à 35% de la capacité maximale, permettant une durée de 8h/jour en accord avec la table ci-dessous :

Durée et intensité possibles de travail	
Durée (h/jour)	% capacité maximale
1	64
2	54
3	48
4	44
5	41
6	39
7	37
8	35
	Erb, Occ Health Safety 1981 ; 50 (6) :20.24

Toutefois, les experts ont estimé, dans leur expertise du 17 novembre 2016, que la capacité de travail était diminuée de 10-15% pour des raisons cardio-respiratoires, correspondant au minimum à 85.6 % de la capacité de travail dans une institution comme l'Etat de Vaud (08H18/jour). C'est la raison pour laquelle, ils retenaient une durée de travail limitée à 7h/jour. Il ne faut pas comprendre qu'en sus de cette incapacité de travail, il existe une perte de rendement dans une activité adaptée.

Une activité est considérée adaptée pour l'expertisée si la capacité fonctionnelle requise dans cette activité est très basse. En s'aidant des tables d'aptitude physique requise selon les métiers, elle correspond à une aptitude fonctionnelle limitée à 5,25 METs. (1 MET est l'unité de dépense énergétique au repos, couché, réveillé, immobile et qui correspond à 3.5 ml/kg/min VO2. Dans le cas de figure : $18.4 / 3.5 = 5.25 \text{ METs}$).

Une activité de conduite d'un véhicule, de réceptionniste, de laborantin ou de secrétaire sont possibles, 7h/jour, sans perte de rendement.
Dans ce sens, nous confirmons les conclusions de l'expertise du 17 novembre 2016 ».

Le 29 mai 2019, la recourante a requis que soit mise en œuvre une expertise en vue de déterminer l'évolution de sa capacité de travail. Elle a relevé que l'explication du 10 avril 2019 du T._____ ne tenait pas compte de l'entier de ses atteintes à la santé. Elle a enfin expliqué avoir subi une nouvelle opération le 31 janvier 2019 et présenter depuis lors une incapacité de travail totale. Elle a produit un rapport du 28 mai 2019 du Dr Z._____, spécialiste en pneumologie, faisant état de l'état de santé de la recourante depuis mars 2019 ainsi que deux attestations de santé établies par la Dre F._____ le 1^{er} avril 2019 indiquant que l'assurée avait dû bénéficier d'une intervention cardiaque chirurgicale majeure le 31 janvier 2019 et qu'elle avait présenté ensuite des complications infectieuses, pulmonaires et des troubles du rythme cardiaque.

Le 26 juin 2019, l'OAI s'est déterminé sur les différentes pièces produites, relevant notamment que les faits survenus postérieurement à sa décision devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative et que l'assurée avait déposé une nouvelle demande de prestations le 23 avril 2019. L'OAI a produit un avis du 17 juin 2019 du Dr N._____ indiquant que les certificats médicaux du 9 avril 2019 de la Dre F._____ ne rapportaient aucune modification de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise pluridisciplinaire du 17 novembre 2016 et la décision querellée. La consultation de pneumologie du 26 mars 2019 du Dr Z._____, éditée le 28 mai 2019 constituait un élément médical postérieur de six mois à la décision. Cette consultation était motivée par des douleurs thoraciques apparues en janvier 2019 dont la cause n'était pas précisée clairement, mais dont l'évolution était favorable.

Le 17 juillet 2019, la recourante a notamment produit :

- un rapport du 22 décembre 2016 de la Dre F._____ indiquant qu'elle avait vu sa patiente à sa consultation des cardiopathies congénitales le 24 octobre 2016 pour discuter des résultats de l'IRM cardiaque du mois de juillet et de la possibilité d'une grossesse.
- un rapport non daté des Drs L._____, Z._____ et X._____ indiquant que l'assurée avait bénéficié d'une opération de ROSS le 31 janvier 2019 qui s'était compliquée d'une surinfection pulmonaire. Elle avait été également hospitalisée du 21 au 23 mars 2019 pour un épanchement pleural droit sur probable pneumonie. Les médecins ont encore relevé que, depuis l'opération, la recourante présentait une aggravation du syndrome restrictif et obstructif ainsi que du piégeage gazeux.

Le 16 août 2019, l'OAI a produit un avis médical du 8 août 2019 du SMR indiquant que le rapport du 22 décembre 2016 de la Dre F._____ n'indiquait aucune aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du T._____.

Le 29 août 2019, la recourante a confirmé son appréciation de la situation. Elle a produit, le 19 novembre 2019, un rapport du 14 octobre 2019 du Dr X._____.

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]).

Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. Le délai de recours n'est pas prolongeable (art. 40 al. 1 LPGA) et commence à courir dès le lendemain de la communication de la décision attaquée, sans toutefois courir durant les fêtes de Pâques, d'été ou de fin d'année

(art. 38 al. 1 et 4 LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; 124 V 400 consid. 2a et les références citées ; TF 9C_433/2015 du 1^{er} février 2016 consid. 4.1).

Une partie peut, en tout temps, se faire représenter, à moins qu'elle ne doive agir personnellement, ou se faire assister, pour autant que l'urgence d'une enquête ne l'exclue pas. L'assureur peut exiger du mandataire qu'il justifie ses pouvoirs par une procuration écrite. Tant que la partie ne révoque pas la procuration, l'assureur adresse ses communications au mandataire (art. 37 LPGA).

b) En l'espèce, l'OAI était informé de la représentation de la recourante par CAP. L'Office a en effet reçu un premier courrier allant dans ce sens le 11 mai 2017. La constitution du conseil et la procuration ont été reçues par les organes de l'AI alors que la décision n'était pas encore rendue, avec pour conséquence que celle-ci devait être notifiée au mandataire.

c) La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase, LPGA et également art. 38 PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification ; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a donc lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la

notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; 111 V 149 consid. 4c ; TF C 196/00 du 10 mai 2001 consid. 3a). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1 ; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1).

Le Tribunal fédéral des assurances a eu l'occasion de préciser dans quel délai une partie est tenue d'attaquer une décision lorsque celle-ci n'est pas notifiée à son représentant - dont l'existence est connue de l'autorité -, mais directement en ses mains. Dans de telles situations, il a jugé que l'intéressé doit, en vertu de son devoir de diligence, se renseigner auprès de son mandataire de la suite donnée à son affaire au plus tard le dernier jour du délai de recours depuis la notification de la décision litigieuse, de sorte qu'il y a lieu de faire courir le délai de recours dès cette date (TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1; TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6). Cette pratique a été confirmée récemment, à la lumière de la CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales 4 novembre 1950 ; RS 0.101) et de la LPGA (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 4-6). En effet, une décision notifiée directement à l'assuré à la place de son mandataire doit être validée juridiquement s'il ne peut pas être retenu un délai raisonnable entre le moment où son destinataire en a pris connaissance et où il a agi. L'assuré ne peut simplement ignorer la décision. Comme pour d'autres cas de notification irrégulière, il est tenu, selon le principe de la bonne foi et de la sécurité du droit, de recourir dans les termes légaux ou de se renseigner auprès de son représentant dans un délai raisonnable s'il peut reconnaître le caractère décisionnel de l'acte et s'il n'entend pas se le voir opposer. Ce sont les circonstances de l'acte qui permettent d'établir si l'assuré a agi avec diligence et si le temps mis à réagir est raisonnable (TF 9C_85/2011 du 17 janvier 2012 consid. 6.2 et les références citées ; voir aussi TF 8C_216/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1; TF 9C_296/2011 du 28 février 2012 consid. 5.1).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été adressée le 27 août 2018 sous pli simple à l'assurée personnellement. Celle-ci affirme ne l'avoir pas reçue. En de telles circonstances, on ne peut retenir une présomption de notification. L'argument de l'OAI tiré du versement d'un arriéré de rente tombe à faux à cet égard. En effet, ce versement ne vaut pas prise de connaissance de la décision. On ne saurait dès lors opposer à la recourante la jurisprudence précitée selon laquelle elle avait le devoir de se renseigner auprès de son représentant dans un délai raisonnable quant à la suite à donner à son affaire, puisqu'elle n'était vraisemblablement pas informée qu'une décision la concernant avait été rendue. Ainsi, à défaut pour l'intimé d'avoir acheminé cette décision par lettre recommandée et de pouvoir prouver la date de l'envoi de la décision et de sa notification, on retiendra en définitive que la première notification utile de la décision litigieuse correspond à l'envoi adressé au conseil de la recourante, par courrier du 19 octobre 2018. Le recours du 20 novembre 2018 a par conséquent été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf.

ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C_193/2012 du 26 juillet 2012).

c) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité après le 1^{er} janvier 2015.

S'agissant des atteintes à la santé invoquées par la recourante survenues postérieurement à la décision, soit, en particulier, celles faisant suite à la décompensation cardiaque survenue en novembre 2018 et l'opération du 31 janvier 2019 (cf. rapport non daté des Drs L._____, G._____ et X._____ notamment), celles-ci ne sauraient être prises en compte dans le cadre du présent recours. Elles font d'ailleurs l'objet d'une nouvelle demande déposée le 23 avril 2019.

3. Dans un premier grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision attaquée, en tant que l'office intimé n'aurait pas explicité les éléments médicaux sur lesquels il s'est fondé pour rendre la décision litigieuse.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de

la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

b) Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée n'est pas fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet en effet de comprendre les éléments qui ont été retenus par l'office intimé – savoir l'expertise T. _____ – et pourquoi ils l'ont été. A cet égard, il y a lieu de constater que la recourante, en élevant de nombreuses critiques contre l'expertise en question, l'avait bien compris. En réalité, les griefs formulés par la recourante semblent se confondre avec celui de violation du droit et doivent être examinés avec le fond du litige.

4. 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). Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 139 V 592 consid. 2.3). Lorsque l'activité de l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de

cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

5. 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

6. Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant

de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

7. En l'espèce, il est constant qu'entre le 1^{er} septembre 2013, date de l'ouverture du droit à la rente (art. 28 LAI), et le mois de janvier 2015, l'assurée a présenté une incapacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. L'OAI considère que, dès cette date, l'intéressée disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à concurrence de sept heures par jour. La recourante conteste cette appréciation.

a) L'expertise du T._____ du 17 novembre 2016 porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, y compris - contrairement à ce que semble soutenir l'intéressée - sur les problématiques pneumologiques (cf. expertise du 17 novembre 2016, pp. 22 à 25 et 29) et sur l'atteinte au membre inférieur gauche entraînant une restriction de la marche (cf. expertise du 17 novembre 2016, p. 27). Les Drs C._____, K._____ et R._____ ont résumé l'ensemble des éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de l'assurée et posé des conclusions claires en confrontant ces plaintes avec leurs constatations objectives. Le rôle de l'expert ne consiste en effet pas à se rallier aux plaintes - par définition subjectives - de l'expertisé mais bien d'apprécier objectivement son état de santé (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Les médecins du T._____ ont également étudié les traitements mis en place. Ils ont procédé à une analyse fine et détaillée des atteintes à la santé de la recourante. En particulier, concernant l'aspect psychiatrique, le Dr R._____ a explicité les motifs l'ayant conduit à se distancier de l'appréciation de la Dre M._____ pour retenir un diagnostic de trouble anxieux mixte (F41.3), évaluation par la suite confirmée par sa consœur (rapport du 21 juin 2017 de la Dre M._____). Les experts ont finalement

procédé à une évaluation globale de la situation de la recourante pour retenir que, depuis le mois de janvier 2015 – soit ensuite d'un traitement de réadaptation cardiaque infructueux auprès de la [...] –, elle avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée, à concurrence de sept heures par jour.

La recourante affirme qu'il convient de déterminer l'origine de ses atteintes à la santé, plus précisément de sa dyspnée. Or, dans le domaine de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais bien l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2). De fait, la cause de la dyspnée, dont l'existence est unanimement admise, n'a pas à être plus amplement investiguée, d'autant plus qu'il se dégage un consensus médical sur une origine multifactorielle.

L'ensemble des médecins s'accorde également sur l'entière incapacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de vendeuse. Ils se rejoignent également sur les limitations fonctionnelles (cf. expertise du 17 novembre 2016 et rapport du Dr B._____ du 19 juin 2017). Aux termes de son rapport du 18 octobre 2018, le Dr B._____ retient cependant que la recourante présente une capacité de travail dans une activité légère de 50 %. Cette appréciation doit être examinée avec retenue. En effet, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). En l'occurrence, le Dr B._____ n'invoque pas, à l'appui de son appréciation, d'élément médical objectif. Il se distancie ainsi sans raison objective de l'opinion motivée des experts, de la cardiologue traitante et des pneumologues (cf. rapports du 12 juin 2017 de la Dre F._____ et du 8 août 2017 des Drs X._____ et U._____). Il ne peut dès lors être tenu compte de son appréciation.

b) Pour déterminer l'effet des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail, les experts se sont référés à l'ergospirométrie pratiquée le 26 juillet 2016 au [...] (rapport du 17 novembre 2016, p. 24). C'est ce même examen que le Dr Z._____ a utilisé à l'appui de son propre rapport du 2 mai 2019 et sur lequel les Drs X._____ et U._____ se sont fondés dans leur rapport du 8 août 2017 pour retenir une capacité de travail à concurrence de huit heures par jour. Appelé à apporter des précisions sur la question de la capacité de travail, le Dr S._____ a indiqué que le résultat de la recourante lui permettait de travailler huit heures par jour. La recourante critique cette appréciation et reproche au Dr S._____ de s'être fondé sur une référence datant de 1981. Or il ressort d'un article du Swiss Medical forum (Drs Yvonne Nussbaumer-Ochsner/Philippe Hezel/Robert Thurnheer, Evaluation de la capacité de travail en cas d'affections pulmonaires, Swiss medical forum, 2017 ; 17 (40) : 849-858, consultable sur internet à l'adresse : <https://medicalforum.ch/fr/article/doi/fms.2017.03083/>) que les chiffres retenus et les calculs effectués par le Dr S._____ sont toujours d'actualité et conformes aux normes de l'American Thoracic Society.

Estimant toutefois que la recourante disposait d'une capacité fonctionnelle faible pour des raisons cardio-respiratoires, les experts ont fixé sa capacité de travail à sept heures par jour.

Sur le plan psychiatrique, le Dr R._____ a jugé que les troubles psychiques retenus pouvaient entraîner de la fatigue et des ruminations susceptibles d'engendrer une diminution de rendement à concurrence de 20 % mais n'a retenu aucune incapacité de travail. La Dre M._____, dans son rapport du 21 juin 2017, s'est ralliée à l'appréciation clinique diagnostique de son confrère, tout en estimant que cette problématique entraînait une incapacité de travail de 40 à 50 %. Cette évaluation repose sur les mêmes éléments que ceux retenus par l'expert du T._____ et constitue donc une appréciation différente d'un même état de fait, sans qu'aucun élément ne permette de remettre en question l'évaluation du Dr R._____.

L'OAI était ainsi fondé à rendre une décision sur la base de l'expertise T. _____ du 17 novembre 2016.

c) Compte tenu de la diminution de la capacité de travail sur le plan somatique à 7 heures de travail sur un horaire quotidien de 8 heures 18 (41.30 heures, horaire de l'Etat de Vaud), la capacité de travail est de 84 % sur le plan somatique.

Aux termes du rapport du 17 novembre 2016, l'expert psychiatre n'a retenu aucune diminution de la capacité de travail mais une diminution du rendement de 20 % en raison de la fatigue et des ruminations anxieuses. La fatigue est également une limitation fonctionnelle en lien avec l'atteinte somatique. La nature de cette problématique aurait pu justifier que le Dr S. _____ consulte un médecin psychiatre pour compléter l'exposé de son envoi du 10 avril 2019 (cf. consid. 5b *in fine supra*). Il est cependant superflu de réinterpeller les experts sur cette question. En effet, le salaire de référence pour les femmes exerçant des activités simples dans les activités financières et d'assurance s'élevait à 5'979 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, Secteur 3 Services - Activités financières et d'assurances, niveau de qualification 1). Compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2018 (41.5 dans le domaine des activités financières et d'assurance), ce montant doit être porté à 6'203 fr. 21 auquel il convient d'appliquer l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2018 (0.5 % + 0.5 %), soit 75'184 fr. 75 annuels. En retenant une capacité de travail de 84 % avec une diminution de rendement de 20 %, le revenu avec invalidité s'élève à 50'524 fr. 15, montant supérieur au revenu sans atteinte à la santé de 46'370 francs. Ainsi, le droit à la rente, à des mesures de réinsertion (art. 14a LAI) ou à une mesure de reclassement (art. 17 al. 1 LAI) n'est pas ouvert.

C'est le lieu de relever que la recourante, sans contester le montant de 54'008 fr. 17 retenu par l'OAI pour procéder au calcul du degré d'invalidité, estime qu'il n'existe pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En réalité, les limitations de la recourante ne

présentent pas de spécificités telles qu'elles rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont on doit convenir qu'un certain nombre sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière.

8. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte qu'un complément d'instruction apparaît inutile. La requête de mise en œuvre d'une expertise médicale formulée par la recourante doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

9. a) Au vu de ce qui précède, 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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice 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
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 27 août 2018 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 V._____.
- 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 Truan (pour V._____),
- 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 :