

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 décembre 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : M. Métral et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

F. _____, à Bex, recourante, représentée par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4, 28, 28a al. 3 LAI ; 27 et 27bis RAI

E n f a i t :

A. a) F. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1958, mère de deux enfants majeurs, sans formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en février 2009, en raison d'insuffisance cardiaque, trouble du rythme (fibrillation auriculaire), rétrécissement et insuffisance valvulaire mitrale ayant fait l'objet d'une intervention. L'atteinte existait depuis 2005 et entraînait une incapacité de travail totale depuis le 30 août 2008. L'assurée avait travaillé jusque-là comme aide-soignante à 80 %.

b) Le 16 mars 2009, le Dr K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de la recoursante depuis le 13 août 1981, a rempli un questionnaire de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il ne retenait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, et, sans effet sur la capacité de travail, la mise en place par le Centre B. _____ (ci-après : Centre B. _____) d'une prothèse de la valve mitrale le 7 janvier 2009. Il a émis un pronostic favorable, estimant que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, mais peut-être à une place exigeant moins d'effort. Il a joint au questionnaire un rapport médical du 2 mars 2009 de la Clinique M. _____, dans laquelle l'assurée avait séjourné après son opération, du 19 janvier au 14 février 2009, et dont il ressort globalement une bonne évolution de son état de santé.

c) Le 20 mars 2009, l'assurée a indiqué dans un questionnaire de l'OAI qu'elle travaillerait à 80 % comme aide-soignante si elle était en bonne santé.

Interrogé par l'OAI, le Centre L. _____, employeur de l'assurée, a rendu un questionnaire le 6 avril 2009 indiquant que l'intéressée travaillait chez eux depuis le 16 mai 1996, à raison de 33.6 heures par semaine sur 42, pour un salaire de 3'879 fr. 80 depuis le 1^{er} janvier 2009.

d) Le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a rendu un avis le 12 mai 2009, constatant qu'à la lecture des pièces médicales, il ressortait qu'à priori l'évolution postopératoire était favorable et que l'assurée allait ainsi pouvoir reprendre son activité. Il convenait de réinterroger le médecin traitant à la fin du délai de carence.

e) L'OAI a rencontré l'assurée le 23 juin 2009 et rédigé un rapport d'évaluation dont il ressort notamment que cette dernière présentait des empêchements ménagers, une lenteur et avait besoin de l'aide de son mari. Elle avait repris son activité habituelle à 40 % le 1^{er} juillet 2009.

f) A nouveau interrogé, le Dr K. _____ a rendu un rapport médical le 14 septembre 2009, confirmant que l'assurée était toujours en incapacité de travail à 50 % d'un 80 % d'activité. Il a noté que dans son activité habituelle, l'assurée ressentait une grande fatigue et ne se sentait pas apte à augmenter son taux de travail.

g) L'OAI a organisé un entretien avec l'assurée ainsi qu'avec une représentante des ressources humaines de son employeur le 8 octobre 2009, dont il est notamment ressorti que l'intéressée souffrait d'une grande fatigabilité et de difficultés de récupération. Un nouvel horaire de travail lui a été proposé.

h) Le 15 octobre 2009, le SMR a constaté en substance que le dernier rapport du Dr K. _____ n'était pas explicite concernant l'état de fatigue dont souffrait l'assurée, alors qu'avant l'opération elle avait une fonction ventriculaire entière, des coronaires saines et que l'évolution du remplacement valvulaire mitral était favorable. Il a dès lors posé au médecin traitant les questions suivantes :

- "1. Quel est l'état cardiaque et général de l'assurée actuellement ?
2. Au terme du délai de carence, en août 2009, quelle est la capacité de travail comme aide-infirmière à 80 % ?
3. Si cette capacité de travail n'est pas entière : pour quelles raisons ?
4. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

5. Est-ce que la capacité de travail est supérieure dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ?
6. Si oui : à combien (%) et depuis quand (au mois près) ?
7. Si non : pour quelles raisons ?"

Le Dr K. _____ a répondu ce qui suit le 21 octobre 2009 :

"La fatigue après une telle intervention cardiaque est probablement variable selon les appréciations mais sachez que la patiente a eu la visite d'un inspecteur de l'assurance [...] qui a été opéré du cœur et qui lui a signifié que pour lui il était évident qu'il fallait rester longtemps à l'incapacité de travail...Tirez-en les conséquences que vous voulez.
[...]

Point 1 : l'état cardiaque et général de la patiente est très satisfaisant actuellement.

Point 2 : en août 2009, la patiente travaille à raison d'un 50 % d'une occupation à 80 %.

Point 3 : à la suite d'une discussion avec son établissement et semble-t-il la visite d'un représentant de l'AI, il a été décidé d'un nouvel horaire soit de 07h00 à 12h30 et ceci en 3 jours/sem ; si la patiente doit effectuer un horaire plus complet elle se dit extrêmement fatiguée.

Point 4 : fatigue

Point 5 : pas de réponse possible (la patiente semble effectuer le maximum d'activités dans cet établissement pour personnes âgées."

i) Par avis médical du 3 novembre 2009, le SMR a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise cardiologique pour déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée comme aide-infirmière et dans une activité adaptée.

j) L'assurance perte de gain de l'assurée, M. _____ assurance SA a remis à l'OAI, par courrier du 4 février 2010, un questionnaire que le Dr K. _____ avait rempli le 19 janvier 2010, confirmant le diagnostic de status après mise en place d'une prothèse de la valve mitrale, ajoutant la précision suivante :

"Semble lié à la discrète hypertension pulmonaire présentée par la patiente et pourrait être responsable de l'état de fatigue important de la patiente."

A la question "peut-on raisonnablement envisager une activité professionnelle moins pénible ?", il avait répondu : "non, l'activité effectuée par la patiente avec un horaire réduit semble tout à fait adéquat".

k) L'OAI a eu, le 23 mars 2010, un entretien téléphonique avec la Dresse T._____, médecin du travail mandatée par l'employeur de l'assurée. Il ressort du procès-verbal de cet entretien que la Dresse T._____ estimait que la capacité de travail de l'intéressée était limitée à 40 % avec un risque de péjoration. La fatigabilité était accrue au vu de l'activité habituelle plutôt physique. L'assurée avait refusé la possibilité d'occuper d'autres types de postes (pas d'intérêt et pas de motivation pour une nouvelle formation).

B. L'OAI a mis en oeuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. A la suite de cette enquête, effectuée le 28 avril 2010, l'enquêtrice a considéré l'assurée comme active à 80 % et ménagère à 20 % et évalué l'invalidité dans cette dernière activité à 5.8 %.

C. a) Mandaté par l'OAI pour effectuer une expertise, le Dr C._____, spécialiste en cardiologie, a vu l'assurée le 21 décembre 2012 et rendu un rapport d'expertise le 4 juin 2010, dont on extrait ce qui suit :

"L'anamnèse actuelle montre que la tolérance fonctionnelles s'est nettement améliorée après l'intervention. La patiente ne signale pas de dyspnée ni d'oppression thoracique. Madame F._____ se plaint uniquement d'une incapacité à supporter une journée de travail en raison d'une fatigabilité résiduelle.
[...]

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Status post remplacement valvulaire mitral.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Status post opératoire de Maze pour une fibrillation auriculaire.
- Tabagisme actif.
- Obésité tronculaire.

Appréciation du cas et pronostic :

La capacité fonctionnelle de votre patiente est anamnestiquement conservée. L'ergométrie effectuée à ma consultation a été limitée par la faible adhésion à cette épreuve mais est largement supérieure aux 7.3 METS objectivés. Pour mémoire la norme pour l'âge est de 8 METS. Par ailleurs l'échocardiogramme montre que la fonction de la valve prothétique est excellente et que la fonction ventriculaire gauche est normale et l'ECG montre un rythme sinusal permanent. Le traitement suivi (Sintrom, Cordarone) n'altère pas la capacité fonctionnelle.

On peut admettre vu le status post-opératoire qu'il persiste une certaine fatigue durant plus d'un an post-opératoire mais qui n'altère pas la capacité de travail de façon importante.

Limitations en relation avec les troubles constatés : objectivement aucune.

Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

Même en tenant compte que le travail fourni par la patiente (aide-soignante) implique des efforts physiques significatifs durant une partie de la journée, la capacité fonctionnelle de la patiente est suffisante pour qu'elle puisse poursuivre l'activité professionnelle exercée jusqu'ici. Une certaine fatigue est compréhensible mais ne limite que partiellement la capacité de travail de Madame F. _____. Il me semble raisonnable de considérer que l'activité exigible est de 80 %.

Influence sur la réadaptation professionnelle :

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Il est probable que l'adhésion de la patiente à une reprise du travail et sa participation à un groupe de maintenance pour les patients cardiovasculaires est susceptible d'améliorer la capacité fonctionnelle.

D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré :

Oui, tout travail n'exigeant pas une activité physique soutenue est susceptible de convenir à cette patiente."

b) Le Dr C. _____ a joint à son analyse un rapport médical du 14 janvier 2010, que le Dr J. _____, spécialiste en cardiologie, avait adressé au Dr K. _____ et dont on extrait ce qui suit :

"En conclusion, votre patiente va actuellement bien sur le plan cardiaque, l'évolution post-opératoire est tout à fait satisfaisante. Je vous propose de poursuivre, en tout cas une année, le traitement de Cordarone afin d'éviter qu'elle repasse en FA [fibrillation auriculaire].

En ce qui concerne sa fatigue, elle pourrait être en relation avec la discrète hypertension pulmonaire qui persiste. Je comprends que cette patiente ne puisse pas avoir une capacité professionnelle complète.

Pour le reste, il n'y a pas de mesure particulière à envisager, il convient de poursuivre la prise en charge actuelle."

D. La Dresse T. _____ a informé l'OAI par téléphone du 7 juin 2010 du fait qu'un reclassement interne était difficile à envisager, car il n'existait pas d'activité plus légère sans formation préalable. Une activité dans le secteur hôtelier de la clinique serait plus pénible. Seule une activité administrative serait plus légère, mais nécessiterait une formation préalable. L'assurée n'envisageait pas un changement d'occupation et souhaitait maintenir son taux limité à 50 %, avec compensation financière. Pour elle, le type de tâche n'était pas en cause, mais sa fatigabilité uniquement.

E. **a)** Le SMR a rendu un rapport le 10 juin 2010, reconnaissant à l'intéressée une incapacité totale de travail du 30 août 2008 au 30 juin 2009, puis une incapacité de 50 % du 1^{er} juillet 2009 au 20 décembre 2009 et finalement une capacité entière dès cette dernière date, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a retenu comme limitation fonctionnelle les activités physiques soutenues.

b) L'OAI a rendu un projet de décision le 12 août 2010, niant le droit de l'assurée à des prestations de l'AI. Il a retenu, à l'instar du SMR, qu'elle avait présenté une incapacité totale de travailler du 30 août 2008 au 30 juin 2009, puis de 50 % du 1^{er} juillet 2009 au 20 décembre 2009. Pour cette deuxième période, le taux d'empêchement dans son activité habituelle d'aide infirmière se montait à 37.5 %, compte tenu du fait que sans empêchement, elle aurait travaillé à 80 %. Le taux d'empêchement présenté dans la tenue de son ménage était de 5.8 %. Le degré d'invalidité en découlant était de 30 % pour la part active et de 1.16 % pour la part ménagère, soit un degré d'invalidité total de 31.16 % ne donnant pas droit à un rente. A partir du 21 décembre 2009, le degré d'invalidité présenté était de 1 %. Son activité actuelle d'aide infirmière étant adaptée à la limitation fonctionnelle, des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.

c) L'assurée s'est opposée au projet précité le 18 août 2010. Elle a contesté les conclusions de l'expertise du Dr C._____ pour les raisons suivantes :

"1) Le Dr C._____ déclare : « l'ergométrie effectuée à ma consultation a été limitée par la faible adhésion à cette épreuve mais est largement supérieure aux 7.3 MOTS objectivés ». Lors de cette ergométrie, j'ai montré toute motivation pour répondre à la demande du docteur. Celui-ci s'est absenté de la pièce d'examen pendant le test pour répondre au téléphone. Il n'a donc pas pu constater mon état clinique au moment où, à bout de souffle, j'ai dû stopper le tapis roulant pour éviter un malaise. Je ne comprends pas comment il peut alors annoncer que mes capacités sont « largement supérieures à 7.3 MOTS », puisqu'il n'était pas présent au moment de l'effort. Mon mari, qui m'accompagnait lors de cet examen, peut attester de mes dires.

2) A la lecture de l'ergométrie, je m'étonne :

- de ne trouver aucune donnée chiffrée de ma tension ou de mes pulsations durant cet effort ;
- le Dr C._____ confirme que le motif de l'arrêt de l'épreuve est une dyspnée, mais indique au-dessous « symptôme : aucun » ; or, la dyspnée est un symptôme !
- comment conclure à une capacité fonctionnelle normale alors que j'ai dû interrompre l'épreuve en raison d'un essoufflement et que l'épreuve a donc été incomplète ?

3) Le Dr C._____ dit ne pas avoir complété les examens par une échographie dans la mesure où un examen était prévu auprès du Dr J._____ (mon cardiologue traitant), auquel il s'engageait à demander les résultats (lettre du Dr C._____ au Dr J._____ du 23.12.09). Mais il apparaît qu'il n'évoque aucunement les résultats de l'échographie effectuées par le Dr J._____ le 11.1.10 et transmis le 14.1.10. Le Dr J._____ observe « une hypertension artérielle modérée mesurée (Paps-35 mm Hg) ». Le Dr J._____ conclut dans ce courrier au Dr C._____ : « en ce qui concerne sa fatigue, elle pourrait être en relation avec la discrète hypertension pulmonaire qui persiste ; je comprends que cette patiente ne puisse pas avoir une capacité professionnelle complète. »

4) Enfin, je me permets de porter à votre connaissance que, au début de mon entretien avec le Dr C._____ et dans le contexte de cette expertise, il m'a suggéré que je poursuive avec lui mon suivi cardiologique, plutôt qu'avec le Dr J._____. Ses mots exactes ont été : « vous ne préféreriez pas continuer chez moi ? » Je lui ai alors signifié ma surprise de sa proposition, que j'ai refusée. Mon mari était présent à ce moment-là aussi, ceci a eu lieu avant l'ergométrie. Y aurait-il relation de cause à effet entre ma réponse et les conclusions de son expertise ?"

d) Le SMR a pris position le 24 septembre 2010, considérant que les faits rapportés par l'assurée concernant l'épreuve du tapis roulant étaient des éléments subjectifs que l'on pouvait peut-être rattacher à une obésité tronculaire et à un tabagisme actif. C'était par ailleurs bien en tenant compte de l'avis du Dr J._____ que le Dr C._____ avait conclu à une activité exigible de 80 % et non de 100 %.

e) L'OAI a rendu une décision formelle le 14 mars 2011 correspondant au projet du 12 août 2010 et dont la motivation met en avant la pleine valeur probante du rapport d'expertise du Dr C._____.

F. a) F._____ a recouru contre la décision précitée le 23 mars 2011, renvoyant aux éléments cités dans son opposition.

Représentée par un mandataire professionnel, la recourante a déposé un mémoire complémentaire le 21 juillet 2011, concluant principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que sa

demande de rente AI soit admise, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, qui tiendrait compte pleinement de son problème cardiaque, mais également de son problème pulmonaire, et de l'impact des deux sur sa capacité de travail et de gain. En effet, elle reproche en substance à l'OAI de considérer l'expertise du Dr C._____ comme probante, alors qu'elle était contradictoire, n'était pas complète et ne tenait pas compte de ses plaintes, puisqu'elle ne prenait pas en compte ses problèmes pulmonaires. L'expert n'avait finalement pas dûment motivé ses conclusions, puisqu'il n'apportait aucune explication sur le problème d'hypertension pulmonaire. Concernant le rapport du Dr J._____, c'est à tort que l'OAI l'avait écarté au motif que l'avis de l'expert primait sur l'avis des médecins traitants, dans la mesure où le Dr J._____ ne contestait pas les conclusions prises par le Dr C._____ sur le plan cardiaque. Le Dr C._____ ne contestait pas non plus les conclusions du Dr J._____, mais s'était simplement abstenu de se prononcer sur la question de l'hypertension pulmonaire. La recourante ne contestait pas les conclusions du Dr C._____ sur le plan cardiaque, mais les conclusions finales de ce dernier ne tenaient pas compte de l'ensemble des circonstances. La recourante a notamment produit un rapport médical adressé au Dr K._____ par le Dr J._____ le 9 mars 2011, relevant un bon état de santé sur le plan cardiaque, mais faisant remarquer qu'il pouvait comprendre que "la patiente soit fatiguée et légèrement dyspnéique car sa pression pulmonaire est à la limite supérieure de la norme et augmente certainement de manière importante à l'effort." Il lui paraissait important qu'elle garde une activité professionnelle uniquement à temps partiel et qu'elle ne réalise pas d'efforts trop importants dans la vie de tous les jours.

b) L'OAI a répondu le 29 août 2011, renvoyant à la motivation jointe à sa décision du 14 mars 2011, notant pour le surplus que les contradictions relevées portaient en définitive sur des points de détails qui n'affaiblissaient pas la valeur probante de l'expertise du Dr C._____.

c) La recourante a en substance réitéré ses arguments par réplique du 21 septembre 2011, précisant que le Dr J._____ n'était pas son médecin traitant et que l'expert s'était lui-même adressé à ce dernier pour obtenir une évaluation clinique. Les éléments complémentaires avaient par ailleurs été requis auprès du Dr J._____ après le test d'effort et le problème d'hypertension pulmonaire n'avait dès lors pas pu être évalué lors du test.

d) Par duplique du 19 octobre 2011, l'OAI a confirmé sa position, estimant notamment que l'expert ne pouvait pas être tenu pour responsable de l'interruption du test d'effort. Concernant l'hypertension pulmonaire, tout le monde s'accordait à dire qu'elle était modérée. Elle n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante, ce qui ne justifiait pas la mise en œuvre d'une expertise.

e) Par écriture du 27 octobre 2011, la recourante a reproché à l'OAI de se substituer aux médecins en se prononçant sur la répercussion de l'hypertension pulmonaire sur sa capacité de travail.

f) L'intimé a expliqué le 22 novembre 2011 qu'il avait pris oralement l'avis médical de son SMR avant de rédiger sa précédente écriture et a produit un compte-rendu de cet entretien rédigé le 11 novembre 2011 par le SMR. Ce dernier document argumente sur le plan médical le constat que l'hypertension artérielle pulmonaire était modérée, excluant les manifestations qui prouveraient un retentissement sur la fonction cardiaque.

g) La recourante s'est déterminée le 17 janvier 2012, considérant notamment que l'avis du SMR précité ne pouvait se voir accorder valeur probante dès lors qu'il avait été rédigé après l'ouverture de la procédure de recours.

G. a) Le juge instructeur de la cause a ordonné la mise en œuvre d'une expertise cardiologique, mandat donné, d'entente entre les parties, au Dr Z._____, spécialiste en cardiologie, auquel ces dernières

ont eu la possibilité de soumettre un questionnaires. Cet expert a remis son rapport le 14 février 2013, après avoir vu la recourante le 27 décembre 2012. On extrait de ce rapport ce qui suit :

"En résumé : on signale une bonne fonction systolique ventriculaire gauche avec une hypertrophie excentrique modérée. La prothèse mécanique à ailettes en position mitrale et [recte : est] discrètement fuyante mais ne présente pas d'autre dysfonction mécanique à la contraction auriculaire électrique. Au repos, on constate une hypertension artérielle pulmonaire minime vu la présence d'une PAP systolique mesurée à 41mmHg. Le test d'effort est arrêté prématurément en raison d'une dyspnée avec la constatation d'une hypertension artérielle pulmonaire tout à fait significative se développant en cours d'effort puisqu'atteignant lors d'un effort de 75W 60mmHg. La récupération est quasi-totale en 10 minutes de repos. Il n'y a heureusement pas de dysfonction ventriculaire droite. La variation du diamètre de la veine cave inférieure évoque néanmoins une élévation des pressions auriculaires droites. Il est donc possible que le degré d'hypertension pulmonaire au repos soit sous-estimé."

L'expert a ainsi posé, en plus du diagnostic retenu par le Dr C._____, celui d'hypertension artérielle pulmonaire minime au repos mais significative pour un effort faible. Il a expliqué que la démonstration du diagnostic permettait d'expliquer la fatigabilité importante rapportée par la recourante. Pour lui, l'activité habituelle ne pouvait être reprise au même taux qu'avant. Une "diminution de 50 %, c'est-à-dire actuellement à 40 %" était "envisageable même si ce degré d'activité" rendait compte d'une "fatigabilité nettement augmentée diminuant également la capacité à effectuer des efforts de la vie courante". Ainsi, l'activité habituelle était exigible à 40 % répartis sur la semaine. La diminution de rendement était de 60 % au total. Il a précisé qu'à sa connaissance la capacité de travail au poste occupé ne pouvait être améliorée, mais qu'une enquête ciblée pouvait éventuellement permettre d'améliorer les conditions de travail. Il a émis un pronostic réservé, l'atteinte de la recourante étant susceptible d'évoluer défavorablement. Concernant d'autres activités, il a précisé qu'un travail sans charge physique pourrait éventuellement permettre une durée hebdomadaire prolongée, mais l'évolution spontanée d'hypertension pulmonaire risquait de compromettre à moyen terme le rendement professionnel quel qu'il soit. En réponse aux questions de la recourante, le Dr Z._____ a précisé que le test effectué n'évaluait pas précisément les capacités fonctionnelles dans la vie courante. Néanmoins, compte tenu du peu d'effort effectué lors du test et d'une hypertension artérielle

pulmonaire significative objectivée, la diminution de cette capacité était clairement significative. Une spirométrie d'effort pour évaluer la capacité respiratoire pouvait être envisagée. L'hypertension pulmonaire lui paraissait clairement secondaire au vice valvulaire mitral. Il n'était pas envisageable pour la recourante d'exercer une activité professionnelle à plein temps requérant une forte sollicitation physique tout au long de la journée. La réduction de 50 % des 80 % exercé auparavant lui paraissait clairement indiquée.

b) Le SMR s'est prononcé sur l'expertise précitée par avis médical du 26 février 2013, reprochant à l'expert de ne pas s'être prononcé sur l'expertise du Dr C._____, plus précisément d'avoir passé sous silence les raisons pour lesquelles il se distanciat de l'avis de ce dernier, alors que les diagnostics étaient absolument identiques. Le SMR a fait remarqué que la fatigabilité accrue aux efforts modérés, sur laquelle se fondait la capacité de travail de 40 % retenue par l'expert, était une notion essentiellement subjective qui se laissait difficilement mesurer. Enfin, le Dr Z._____, qui évoquait la possibilité que la capacité de travail soit meilleure dans une activité adaptée, ne précisait pas dans quelle mesure. L'expertise était ainsi lacunaire, car elle ne répondait pas aux questions de l'OAI. Ce dernier s'est rallié au SMR par écriture du 18 mars 2013. Il a requis l'interpellation du Dr Z._____ sur les trois points soulevés par le SMR.

c) Le Dr Z._____ a rédigé un complément à son rapport le 8 mai 2013, expliquant, en rapport avec l'expertise du Dr C._____, que les diagnostics n'étaient pas les mêmes, puisque ce dernier était passé à côté du diagnostic d'hypertension artérielle pulmonaire, un écho d'effort pour évaluer cette atteinte en situation d'effort n'ayant pas été réalisée. Quant à la fatigue, elle était certes subjective, mais elle était un symptôme classique de l'hypertension pulmonaire. A la question de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr Z._____ a précisé ce qui suit :

"Comme déjà mentionné, je ne suis pas un expert dans la capacité de travail. Ce n'est que par expérience que je chiffrerais pour une personne

présentant ce type d'hypertension pulmonaire qu'une activité de 40 % dans un bureau est en tout les cas envisageable."

d) La recourante a informé la Cour de céans le 17 mai 2013 du fait que les réponses du Dr Z. _____ lui paraissaient parfaitement claires et que la cause lui paraissait en état d'être jugée.

A nouveau consulté, le SMR a notamment considéré, par avis médical du 28 mai 2013, qu'il était infondé de reprocher au Dr C. _____ d'être passé à côté du diagnostic d'hypertension artérielle, dans la mesure où ce dernier se référait explicitement aux constatations du Dr J. _____, qui avait conclu que la fatigue pouvait être en relation avec la discrète hypertension pulmonaire qui persistait. Le Dr Z. _____ n'expliquait toujours pas les raisons pour lesquelles il se distanciat de l'appréciation du Dr C. _____. L'OAI a indiqué se rallier à l'avis de son SMR par courrier du 3 juin 2013, niant ainsi la valeur probante de l'expertise du Dr Z. _____.

La recourante a en substance confirmé sa position par écriture du 10 juin 2013.

Les parties ont renoncé à se déterminer plus avant par courriers des 13 et 28 juin 2013.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions en matière d'assurance-invalidité contre lesquelles la voie de l'opposition (art. 52 LPGA) n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats, vu la valeur litigieuse réputée supérieure à 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé invalidante au sens 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 et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 (art. 6 LPGA *in fine*).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme

de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quart de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; 130 V 393 ; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées ; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode

spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 ; 131 V 51 consid. 5.1.2 ; cf. aussi ci-dessous consid. 4c).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la

force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées ; 117 V 194 consid. 3b).

L'application de la méthode spécifique de comparaison des types d'activité nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 ; 130 V 61).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 137 V 334 consid. 5.1 ; 128 V 93). Les empêchements de l'assuré doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

d) Pour pouvoir calculer le taux d'invalidité, l'administration - le tribunal en cas de recours - se base sur les documents que les médecins - d'autres spécialistes le cas échéant - doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et les références).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (art. 61 let. c LPGA). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2).

La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes

externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b ; 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

e) Enfin, dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. a) En l'espèce, la recourante ne conteste pas le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode mixte selon l'art. 28a al. 3 LAI), ni la répartition opérée par l'OAI, qui a fixé la part active à 80 % et la part ménagère à 20 %.

Elle conteste en revanche l'évaluation de son état de santé à laquelle a procédé l'intimé. En particulier, elle lui reproche de s'être fondé sur le rapport d'expertise du Dr C._____ uniquement, qu'elle juge incomplet et contradictoire. Elle se rallie en revanche à l'expertise du Dr Z._____, dont l'OAI a pour sa part nié la valeur probante.

b) L'expertise du Dr C._____ doit être suivie dans ses conclusions sur le plan cardiaque, ce qu'admet la recourante et confirment les documents médicaux du dossier. Il convient en revanche de constater, avec la recourante, que ladite expertise ne se prononce pas sur le problème d'hypertension artérielle pulmonaire. S'il est vrai que le Dr C._____ a inclu le rapport du Dr J._____ du 14 janvier 2010, accompagné du rapport d'échocardiographie, dans son analyse, il n'a toutefois pas pu mener ses examens en tenant compte de l'hypertension artérielle pulmonaire mentionnée par le Dr J._____, ayant vu la recourante le 21 décembre 2009, soit avant les examens menés par ce dernier. Il n'explique en outre pas pourquoi il ne juge pas nécessaire d'investiguer cette atteinte. De ce fait, ainsi qu'au vu du second rapport du Dr J._____ du 9 mars 2011 mentionnant expressément une pression pulmonaire incapacitante, il était nécessaire que des examens soient mis en œuvre une nouvelle fois, afin d'examiner spécifiquement l'impacte de l'atteinte pulmonaire de la recourante sur sa capacité de travail.

Le rapport du Dr Z._____ se fonde sur une anamnèse, un examen clinique et un écho d'effort et tient compte des plaintes de la recourante. L'expert Z._____ a clairement posé le diagnostic d'hypertension artérielle pulmonaire minime au repos mais significative pour un effort faible. A l'appui de cette conclusion, il indique clairement constater une hypertension artérielle pulmonaire minime au repos, mais explique que le test d'effort a dû être interrompu prématurément en raison d'une dyspnée avec la constatation d'une hypertension artérielle pulmonaire tout à fait significative se développant en cours d'effort. Concernant les limitations en relation avec les troubles constatés, il a retenu en particulier une dyspnée survenant lors d'efforts physiques importants mais également courants ainsi qu'une fatigue. Concernant

l'influence de ces troubles, il a précisé qu'une diminution de l'activité exercée jusqu'ici de 50 % était envisageable même si cette activité rendait compte d'une fatigabilité nettement augmentée diminuant également la capacité à effectuer des efforts dans la vie courante. Ainsi motivées, les conclusions du Dr Z._____ remplissent les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3d). Les documents médicaux au dossier, en particulier le rapport du Dr C._____ qui ne se prononce pas sur l'atteinte pulmonaire sur la base d'examens effectués en vue d'en mesurer l'impact, ne permettent pas de retenir une appréciation différente. En outre, les conclusions du Dr Z._____ vont dans le sens de celles du Dr J._____.

Concernant l'exigibilité d'une activité adaptée, le Dr Z._____ retient qu'un travail sans charge physique pourrait peut-être éventuellement permettre une durée hebdomadaire prolongée, toutefois, l'évolution spontanée de l'hypertension pulmonaire risquait de compromettre à moyen terme le rendement professionnel quel qu'il soit. Ainsi, l'on doit comprendre qu'une amélioration de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est fortement hypothétique. Il ressort globalement des constatations des Drs Z._____ et J._____ que la capacité de travail de la recourante est diminuée dans toute activité courante. Le Dr Z._____ a précisé dans son complément d'expertise que, s'il n'était pas expert en capacité de travail - ce qui ne peut lui être reproché au demeurant - c'était par expérience qu'il estimait qu'une activité de 40 % dans un bureau était en tout les cas envisageable. Etant donné que le Dr Z._____ constate ainsi que l'activité habituelle est envisageable à 40 %, rendant toutefois compte d'une fatigabilité nettement augmentée, et qu'une activité dans un bureau est en tout les cas envisageable, il apparaît devoir être retenu, selon la vraisemblance prépondérante, que la recourante présente une diminution de sa capacité de travail de 50 % d'un taux de 80 % dans toute activité. Si le Dr C._____ a jugé que la capacité de la recourante était de 80 % dans l'activité habituelle, il ne s'est toutefois pas prononcé sur l'impacte des troubles retenus dans une activité adaptée, qui ne peut être simplement nié du seul fait que l'activité est adaptée, ce spécialement lorsque les

troubles se manifestent dans tout les actes de la vie courante. Il s'est contenté de dire que tout travail n'exigeant pas une activité physique soutenue était susceptible de convenir à la recourante, mais n'a pas soutenu que sa capacité de travail serait meilleure dans une activité adaptée. Il convient dès lors de suivre le Dr Z._____ et de retenir que la recourante présente une incapacité de travail de 60 % dans toute activité, soit de 50 % de son 80 % d'activité habituel.

c) S'agissant de la part ménagère de l'activité de la recourante, cette dernière ne conteste pas le taux d'empêchement de 5.8 % retenu par l'enquêtrice et partant par l'OAI. Elle ne conteste pas non plus le degré d'invalidité de 1.16 % qui en découle. Il doit être admis en effet que l'enquête réalisée par l'OAI est conforme à la jurisprudence (cf. supra consid. 3c) et correspond à ce qui ressort du dossier, de sorte qu'il convient de la suivre.

Le taux d'empêchement dans la part active de la recourante doit être calculé comme suit : $([80 - 40] \times 100) / 80$, soit un empêchement de 50 % (et non pas $80 - 50$ comme l'a retenu l'OAI - soit un empêchement de 37.5 % -, puisqu'il s'agit de calculer ici la perte de gain, soit le taux d'activité en bonne santé, moins la capacité de travail résiduelle).

Le calcul du degré total d'invalidité est donc le suivant :

activité prof.	:	part 80 %	empêchement :	50 %
		degré d'invalidité :		40 %
Activité ménagère :		part 20 %	empêchement :	5.8 %
		degré d'invalidité :		1.16 %
= 41.16 % d'invalidité.				

Un degré d'invalidité de 41.16 % donnant droit à un quart de rente, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} août 2009,

soit un an après le début de l'atteinte et six mois après le dépôt de la demande (cf. art. 28 et 29 al. 1 LAI ; cf. supra consid. 3b).

d) Aux termes de l'art. 26. al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux d'intérêts moratoire est de 5 % par an. L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]). Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

En l'espèce, des intérêts moratoires sont dus dès le 1^{er} août 2011 pour la première rente mensuelle, puis successivement à chaque premier des mois suivants pour les rentes dues. Ils seront calculés d'office par l'OAI lorsque celui-ci aura fixé le montant des rentes.

5. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'un quart de rente d'invalidité est dû à la recourante dès le 1^{er} août 2009. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant des rentes et des intérêts dus sur les arriérés.

b) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs.

c) Les frais judiciaires, arrêtés à 1'000 fr. compte tenu de l'expertise judiciaire dont la Cour de céans a dû ordonner la mise en

œuvre, sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; 49 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 14 mars 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'un quart de rente est alloué à F._____ dès le 1^{er} août 2009.
- III. La cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une équitable indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V. Les frais judiciaires, arrêtés à 1'000 fr. (mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Gillard, avocat (pour F. _____),
- 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 :