

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 janvier 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA, 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1952, mariée et mère de deux enfants majeurs, est au bénéfice d'un certificat d'auxiliaire de santé. Elle a travaillé depuis le mois de mars 2001 pour [...] comme aide infirmière; de juillet 2004 au 14 novembre 2004 (les rapports de travail ayant pris fin le 15 janvier 2005), elle a en outre travaillé comme auxiliaire polyvalente auprès de l' [...]

Le 3 février 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant au reclassement dans une nouvelle profession et à l'octroi d'une rente et indiquant comme atteinte à la santé "hernie discale lombaire". Elle indiquait avoir été traitée par le Dr C. _____ et par le Dr E. _____.

b) Dans un rapport médical du 11 avril 2005 adressé à l'OAI, le Dr E. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué ce qui suit:

"En résumé, je l'ai opérée à deux reprises. Pour la première fois, le 07.12.2004, d'une hémilaminectomie et d'une arthrectomie médiane et bilatérale L4-L5 pour cure de hernie discale médiane et de canal lombaire étroit. La seconde fois, en date du 22.02.2005, Mme M. _____ a bénéficié d'une reprise d'hémilaminectomie et d'arthrectomie L4-L5 avec mise en place d'une stabilisation interépineuse par système Wallis pour cure d'une récurrence de hernie discale. La patiente a été revue pour la dernière fois en consultation le 06.04.2005 et l'évolution était favorable avec disparition des sciatalgies qui la faisaient tant souffrir ces derniers mois. Elle ressent encore de discrètes douleurs lombaires mais globalement la situation s'était nettement améliorée par rapport à celle qui prévalait dans le courant de l'année 2004.

Mme M. _____ pourrait reprendre une activité professionnelle mais autre que celle qu'elle occupe actuellement. En effet un emploi d'aide-infirmière est contre-indiqué dans la situation de cette patiente en raison du port de lourdes charges (patient notamment) qu'il implique. Je soutiens donc sans restriction cette demande de reclassement professionnelle de Mme M. _____ auprès de votre office, c'est d'ailleurs ce que je mentionne lors de ma dernière consultation."

A ce rapport médical était joint un rapport de consultation ambulatoire du 6 avril 2005 également établi par le Dr E. _____, dont il ressort notamment ce qui suit:

"APPRECIATION

Evolution favorable, Il faut poursuivre les séances de physiothérapie. En ce qui concerne la capacité de travail, Mme M. _____ pourrait reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 18.04.2005 pour autant qu'il n'y ait pas d'effort physique en particulier de port de lourdes charges ce qui est bien entendu exclu dans le cadre d'un travail d'aide-infirmière. Une reprise professionnelle à 100% pourrait avoir lieu le 17.05.2005 avec les mêmes limitations. Il est donc souhaitable que la demande de reclassement professionnelle puisse aboutir."

c) Dans un rapport médical du 15 mai 2005 adressé à l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après hémilaminectomie et arthrectomie médiane bilatérale pour cure de hernie discale et canal lombaire étroit, status après reprise d'hémilaminectomie en février 2005 pour récurrence de hernie discale, et syndrome lombovertébral. L'incapacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée jusque-là en tant qu'aide soignante était de 100 % depuis le 15 novembre 2004 et de 50% depuis le 18 avril 2005. L'assurée avait été opérée à deux reprises, tout d'abord en décembre 2004, puis avec reprise en février 2005, et présentait une incapacité de travail de longue durée, à 50% actuellement; cette situation nécessitait certainement un reclassement professionnel puisque l'assurée ne pourrait plus assumer des soins auprès de personnes âgées, en raison des problèmes neurochirurgicaux qu'elle avait présentés. Une autre activité évitant le port de charges, telle que travail de bureau ou travail social, était exigible à 50% dès le 18 avril 2005.

d) Dans son rapport initial du 24 février 2006, l'OAI a proposé d'octroyer à l'assurée un reclassement sous la forme d'une formation d'assistante Croix-Rouge du 15 mai au 3 juillet 2006 et a exposé ce qui suit:

"5. PRISE DE POSITION ET PROPOSITIONS DE LA REA

5.1 Motivation et argumentation:

Mme M. _____ nous dit faire différentes offres d'emploi, principalement dans le domaine de la vente, caissière, employée dans une cafétéria. Mais son profil ne correspond pas au poste et les réponses sont toujours négatives, nous dit-elle. Dernièrement, elle a postulé pour entreprendre une formation d'aide familiale à la Croix-Rouge. Elle a obtenu un entretien lors de l'inscription, mais elle n'a pas été retenue en raison de son atteinte à la santé. Selon les intervenants de la Croix-Rouge, les activités exigées sont trop pénibles pour son dos.

On lui a alors proposé une formation d'assistante Croix-Rouge, consistant principalement à s'occuper d'enfants malades dans leur famille quand les parents sont absents. Mais elle ne travaillerait pas à plus de 50% pour l'instant nous dit-elle, car elle ne se sent pas capable de travailler davantage en raison de son état de santé. Rappelons qu'elle a un statut d'active à 100%.

Mais si elle désire augmenter son taux de travail dans l'avenir, suivre une formation ou en tout cas changer d'emploi sera nécessaire. Par conséquent, la prise en charge de cette formation se justifie.

5.2 Proposition de mesure si déjà prévue:

Prise en charge de la formation d'assistante Croix-Rouge. Il faut préciser que cette formation est de courte durée et lui permettra ensuite de retrouver un emploi adapté à son état de santé, à long terme. Mme M. _____ s'est déjà inscrite aux cours débutant le 15 mai 2006. Elle a suivi la séance d'information et un entretien de candidature avec une formatrice, conditions pour être admise.

Suite à la formation d'assistante Croix-Rouge, elle pourra prétendre à un salaire s'élevant à **Sfr. 45'700.-** annuel brut à 100%, sans compter les indemnités pour les jours fériés et les nuits (selon Mme [...], Croix-Rouge Vaudoise, tél. du 13 janvier 2006).

Son revenu sans invalidité est le revenu d'une auxiliaire de santé, soit **Sfr. 47'300.-** annuel brut à 100% (selon le barème de la Croix-Rouge). Mme M. _____ retrouverait ainsi sa capacité de gain."

e) Par courrier du 8 mai 2006, l'assurée a informé l'OAI de son intention de renoncer à suivre la formation qui était prévue du 15 mai au 3 juillet 2006, ayant trouvé un emploi à 50% comme conductrice de taxi; elle a précisé qu'elle estimait qu'il ne lui était plus possible de travailler davantage, de sorte qu'elle maintenait sa demande de rente à 50%.

B. a) Le 16 juin 2006, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il y retient qu'exerçant une activité d'auxiliaire de santé, l'assurée a été en incapacité de travail continue depuis le 15 novembre 2004. Il ressort de l'instruction du dossier que l'activité d'auxiliaire de santé n'est plus complètement adaptée à l'état de santé de l'assurée, mais que dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (port de charges lourdes), sa capacité de travail est entière. L'assurée s'est vu proposer un cours d'assistante Croix-Rouge qui lui aurait permis à l'issue de la formation de prétendre à un revenu de Fr. 45'700.- à 100%, mais elle n'a pas suivi ce cours et a commencé une activité de chauffeur professionnel à temps partiel, de sorte que, bien que doutant de l'adéquation d'une telle activité, l'OAI cesse toute démarche de reclassement et procède à un calcul économique de l'invalidité. Selon les données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, l'assurée pourrait - après adaptation des montants statistiques à la durée du travail usuelle dans les entreprises et à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2005 (année d'ouverture du droit à la rente), et après un abattement de 5% sur le revenu d'invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles - réaliser un revenu annuel d'invalidité de 46'570 fr. 81. La comparaison de ce revenu avec celui que l'assurée aurait pu sans atteinte à la santé percevoir en 2005 dans son activité habituelle (soit 47'300 fr. par année) aboutit à une perte de gain de 729 fr. 19 et donc à un degré d'invalidité de 1.50%, qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

b) Le 7 juillet 2006, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a soutenu que sa capacité de travail était de 50% au maximum, quel que fût le secteur d'activité, que l'évaluation de sa situation était basée sur des certificats médicaux anciens et qu'aucun médecin de l'AI ne l'avait jamais examinée. Elle contestait en outre la manière dont son revenu d'invalidité avait été calculé, dès lors qu'il ne tenait pas compte de son handicap.

Dans un certificat médical du 10 juillet 2006, le Dr C._____ a estimé que pour envisager une diminution de l'incapacité de travail de l'assurée, il faudrait pouvoir lui fournir une activité beaucoup plus légère que celle d'aide infirmière ou de chauffeur de taxi, ce qui n'avait pas pu être réalisé par le biais de l'assurance invalidité, de sorte que l'incapacité de travail était maintenue à 50% jusqu'à nouvel avis.

Par courrier du 31 mai 2007, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait cessé son travail de chauffeur de taxi en date du 31 janvier 2007, n'ayant plus pu assumer ce travail physiquement et psychiquement.

Dans un courrier du 27 mars 2008, l'assurée a adressé à l'OAI copie du courrier du 28 août 2007 par lequel les [...] avaient résilié son contrat de travail en qualité d'aide infirmière pour le 30 novembre 2007; elle a déclaré réitérer sa demande de rente d'invalidité à 100%.

Selon avis médical du 16 mai 2008, le Dr B._____, médecin SMR, a estimé que le certificat médical du Dr C._____ du 10 juillet 2006 confirmait que l'incapacité de travail comme aide infirmière était de 50% et que l'activité de chauffeur de taxi n'était pas totalement adaptée et ne pouvait pas être exercée à plus de 50%; en revanche, une activité adaptée restait pleinement exigible.

c) Par décision sur opposition du 9 juillet 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre sa décision du 16 juin 2006, qu'il a confirmée. Il a indiqué qu'il ressortait des pièces médicales établies par le Dr

E._____, médecin spécialiste en neurochirurgie, que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 17 mai 2005 et que la position médicale du Dr C._____, médecin traitant généraliste, n'était pas susceptible de modifier l'appréciation médicale du Dr E._____. En effet, le Dr C._____ n'indiquait pas dans son rapport médical du 15 mai 2005 les raisons pour lesquelles il conviendrait de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, et il ne

ressortait pas non plus de son certificat médical du 10 juillet 2006 des éléments nouveaux en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. De plus, selon la jurisprudence, l'avis de l'expert, respectivement du spécialiste, devait en principe être préféré à celui du médecin traitant en raison des rapports de confiance qui liaient ce dernier à son patient et qui pouvaient nuire à l'appréciation objective de la situation.

C. **a)** Par acte daté du 8 juillet 2008 (recte: 8 août 2008), reçu au Greffe du Tribunal le 11 août 2008, l'assurée déclare recourir contre cette décision. Elle fait valoir que son état de santé s'est détérioré entre juillet 2006 et la décision sur opposition du 9 juillet 2008, que malgré les courriers qu'elle a adressés à l'OAI les 31 mai 2007 et 27 mars 2008 (cf. lettre B.b supra), aucune nouvelle évaluation de son état de santé n'a eu lieu et qu'aucune étude circonstanciée n'a été faite en sa présence depuis juillet 2006 par un expert, alors qu'outre le Dr C._____, elle a dû consulter la Dresse I._____, psychiatre, et le Dr Q._____, orthopédiste. La recourante se plaint également de ce que l'OAI n'a pas tenu compte du fait que sur les certificats médicaux des Dr C._____ et du Dr E._____, il est précisé qu'elle peut travailler à un taux de 50% seulement, et ce dans un domaine d'activité limité. Enfin, elle reproche à l'OAI de ne lui avoir proposé aucune mesure de réadaptation pour rétablir sa capacité de gain.

b) Dans un complément de recours du 18 septembre 2008, la recourante produit un rapport médical établi le 25 août 2008 par le Dr E._____, dont il ressort ce qui suit:

"RAPPEL ANAMNESTIQUE

Le 07.12.2004: hémilaminectomie et arthrectomie médiane bilatérale L4-L5 avec discectomie pour cure de hernie discale médiane dans un canal lombaire étroit.

Le 22.02.2005: reprise d'hémilaminectomie et d'arthrectomie médiane L4-L5 pour cure d'une récurrence de hernie discale et mise en place d'une stabilisation inter-épineuse par système Wallis.

Le dernier contrôle ambulatoire à ma consultation a eu lieu le 30.06.2006 avec une patiente qui ne ressentait plus les lombosciatalgies qui avaient nécessité le geste opératoire. Par contre, Mme M. _____ n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle (aide-infirmière). A cette époque, il avait été question d'un reclassement AI mais la patiente avait commencé à travailler comme chauffeur de taxi à 50% et, à ce moment-là, cet emploi semblait lui convenir. Malheureusement après 9 mois de cette activité comme chauffeur de taxi, la patiente a constaté que celle-ci ne lui convenait pas. Mme M. _____ ressentait, en effet, des lombalgies en fin de journée. Une demande de rente AI a été déposée mais celle-ci a été refusée en juillet dernier.

ANAMNESE INTERMEDIAIRE

Dans l'intervalle, la patiente n'a pas retravaillé. Elle a fait plusieurs demandes d'emploi sans trouver vraiment de travail adapté. Mme M. _____ est suivie depuis plusieurs années par la Dresse I. _____, psychiatre et psychothérapeute, pour un état dépressif larvé, pour laquelle ma Consoeur souhaiterait instaurer un traitement antidépresseurs.

A mentionner également que la patiente a bénéficié d'une arthroscopie du genou gauche en 2005 et, en avril 2008, au niveau du genou droit avec un résultat encore actuellement un peu mitigé avec persistance de gonalgies limitant la patiente à la marche.

Mme M. _____ se sent difficilement capable de reprendre une activité professionnelle, il n'y a pas seulement les limitations physiques susmentionnées mais également psychiques avec un sentiment d'autodépréciation dans le sens où elle se sent incapable de faire ce qu'on lui demande et un sentiment de panique face à toute charge, contrainte ou demande qui deviennent alors immédiatement stressantes et désécurisantes.

(...)

APPRECIATION

Sur le plan neurochirurgical, la patiente ne va pas si mal ; elle s'est améliorée par rapport à l'intervention de 2004. Par contre, son état psychique m'inspire plus d'inquiétudes. Mme M. _____ me paraît être déprimée, elle a les larmes aux yeux durant l'entretien et n'a plus l'allant que je lui connaissais habituellement. J'ai l'impression qu'elle est dans une sorte d'impasse psychique et professionnelle car elle se sent incapable de reprendre une profession et l'AI lui refuse une rente et même un reclassement. D'un autre côté, elle est gênée et triste de devoir mendier de l'aide. Le tout contribue à alimenter son sentiment de dévalorisation. Mme M. _____ a fait recours contre la décision de refus de l'Office d'Assurance Invalidité de lui octroyer de rente. A mon avis, cette patiente devrait être examinée soit par un médecin de l'AI, soit dans le cadre d'une expertise. Ni le Dr C. _____ ni moi même ne pouvons effectuer cette expertise puisque nous ne pouvons avoir une vision neutre sur cette patiente, le Dr C. _____ étant son médecin traitant et moi un des chirurgiens qui l'a opérée. Par contre, je reste prêt à répondre à toutes les questions de l'AI même s'il m'est par difficile de compléter

le questionnaire exhaustif dans lequel sont sollicitée des informations ne pouvant être fournies que par un médecin du travail voire un ergothérapeute. Globalement, à mon avis, Mme M. _____ ne peut travailler à une place impliquant de longues stations debout ou assise ou encore le port de lourdes charges. Des emplois de vendeuse en rayons, à la caisse ou d'aide-infirmière comme cela était auparavant sont donc, à mon point de vue, contre-indiqués. La copie de cette consultation est adressée à Mme M. _____ de façon à l'aider dans ses tractations avec l'Office AI ainsi qu'à la Dresse I. _____ afin de lui communiquer mon appréciation de la situation de sa patiente."

La requérante estime que ce rapport confirme ce qu'elle expliquait déjà dans son recours, à savoir une aggravation de son état de santé psychique (et en partie physique) qui ne lui permet plus d'envisager la reprise d'une activité. Il résulterait en outre de ce rapport que le Dr E. _____ est aujourd'hui d'un autre avis que celui exprimé en 2005, son avis rejoignant désormais celui du médecin traitant de la requérante, le Dr C. _____. La requérante conclut dès lors principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit aux prestations de l'AI (reclassement et rente), et subsidiairement à l'annulation de cette décision, la cause étant renvoyée à l'OAI pour que celui-ci mette en œuvre une expertise médicale (pluridisciplinaire au besoin) complète.

La requérante s'est acquittée de l'avance de frais de 250 fr. qui lui a été demandée.

c) Dans sa réponse du 7 octobre 2008, l'OAI a déclaré renvoyer à la décision attaquée en ce qui concerne l'aspect somatique de l'état de santé de la requérante, dès lors que le rapport du 25 août 2008 du Dr E. _____ ne fait que confirmer que la requérante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par contre, ce spécialiste énonce certaines difficultés d'ordre psychiatrique et indique que la requérante est suivie par la Dresse I. _____, psychiatre et psychothérapeute, pour un état dépressif larvé. Comme il s'agit en l'espèce de la première fois qu'une atteinte d'ordre psychiatrique est évoquée, l'OAI estime indispensable, afin de pouvoir se déterminer en

toute connaissance de cause, de pouvoir dans un premier temps interroger la Dresse I._____.

d) Dans sa réplique du 17 novembre 2008, la recourante estime que contrairement aux allégations de l'OAI, le Dr E._____ ne confirme nullement l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais suspecte bien au contraire une incapacité de travail en relation avec l'état psychique de la recourante. Elle indique ne pas s'opposer à ce que la Dresse I._____ se détermine quant à sa capacité de travail et se dit toujours prête si besoin à suivre des mesures de réadaptation, tout en précisant que compte tenu de son état de santé, l'exécution de ces mesures lui paraît de plus en plus compromise.

Après avoir donné aux parties l'occasion de déposer un questionnaire à l'intention de la Dresse I._____, ce que l'OAI a fait par courrier du 15 janvier 2009, le juge instructeur a demandé le 26 janvier 2009 à la Dresse I._____ de répondre aux questions suivantes:

- Depuis quand suivez-vous l'assurée?
- Description du status psychiatrique.
- Quels sont les diagnostics et les limitations fonctionnelles? Depuis quand?
- Quelle est leur répercussion sur la capacité de travail? Depuis quand?
- Un traitement a-t-il été mis en place? Si oui, lequel?

e) Le 11 février 2009, la Dresse I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a fait parvenir au Tribunal un rapport médical en réponse aux questions posées. Le 17 février 2009, elle en a fait parvenir au juge instructeur une version comportant de légères corrections dans l'anamnèse et dont la teneur est la suivante:

"1. Suivi du 21.03.01 au 17.04.03
 du 12.09.05 au 3.10.06
 du 24.07.08 traitement continue.

2. Anamnèse: Femme de 57 ans, d'origine française, aide infirmière + formation en cours d'emploi, 5e de 7

enfants. Premier mariage ([...]) avec un homme qui s'est révélé alcoolique, violent et abuseur et dont elle s'est divorcée dès la découverte des abus sur une de ses filles. Mère de deux filles qui vivent act. en Angleterre et grand mère de 5 enfants.

S'est débrouillée pour subvenir aux besoins de ses enfants en travaillant avec assiduité et compétence.

En 2001, elle m'est adressée par son médecin traitant Dr. C._____ pour évolution d'un état dépressif majeur et suivi psychoth. aux approches des 50 ans, bilan de vie, solitude et angoisses. Conflits familiaux importants et pas résolus, plutôt en crise, éloignement des enfants, différends au travail.

En 2004, 2005 opérées d'hernies discales avec complications et invalidation qui complique encore plus les relations au travail et diminue ses capacités.

Elle s'est remariée avec son mari actuel apparemment surtout par la volonté du mari; conflits conjugaux et niveaux différents qui ne facilite pas l'entente.

Pendant ce temps l'état dépressivo anxieux a fluctué, raison des reprises après quelques temps d'arrêt (cf. + haut: dates) ATCD d'alcoolisme et de violence dans sa famille, tant chez les hommes que chez les femmes, connus mais non soignés.

3. Diagnostic/ 4. Trait.: Act. les sentiments de dévalorisation et de dysqualifacation sont très présents, l'évolution dépressivo anxieuse reprend une tournure critique, elle craint un penchant vers l'alcool (cf. atcd) et une prise en charge est orientée en alcoologie, ainsi que la continuation des antidépresseurs et anxiolytiques + somnifères (insomnies) + suivi psychothérapique + suivi médical pour état général.

5. Conclusion:Etat dépressif prob. larvé pendant longtemps et non diagnostiqué au sein d'une conflictualité relationnelle et violente, qui s'est agie dans le contexte familial, puis conjugal, et qui s'est décompensée autour de la cinquantaine avec des répercussions aussi sur ses capacités de travail (act. 100% d'inc. de t.) (tr; de la concentration, rapidité, manque de confiance, conflits réactivés, douleurs restrictives, perte des repères et dysqualification). L'évolution n'est pas stable et pourrait même s'aggraver."

f) Invité à se déterminer sur le rapport médical de la Dresse I._____, l'OAI a produit le 12 mars 2009 un avis médical SMR établi le 5 mars 2009 par le Dr B._____, auquel il a déclaré se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Le rapport de la Dresse I._____ appelle les commentaires suivants:

1. Il est établi que l'assurée a consulté la Dresse I. _____ pendant 3 périodes distinctes, de mars 2001 à avril 2003, de septembre 2005 à octobre 2006, et enfin depuis le 24.7.2008. Je remarque que la demande initiale, datée de février 2005, ne mentionne pas d'atteinte à la santé et que le nom de la Dresse I. _____ ne figure pas dans la liste des médecins traitants donnée par l'assurée. Dans le même ordre d'idées, je relève qu'aucun diagnostic psychiatrique n'est mentionné dans les documents médicaux fournis jusqu'en 2008. La décision sur opposition date du 9 juillet 2008. Quinze jours plus tard, l'assurée consultait la Dresse I. _____. Cette séquence permet de penser que la décision sur opposition a entraîné une réaction dépressive réactionnelle de type trouble de l'adaptation (selon la CIM-10).

2. Anamnèse: ne nécessite pas de commentaire.

3. Diagnostic: les diagnostics ne sont pas énoncés conformément à la CIM-10. On comprend que l'assurée a présenté une «évolution dépressivo-anxieuse» sans précision. C'est très largement insuffisant pour se faire une idée exacte de la gravité des symptômes et de leurs répercussions possibles sur la capacité de travail.

4. Traitement: ne précise pas quels médicaments ont été prescrits, ni à quel dosage, ni la fréquence des séances de psychothérapie. Ces indications sont toutefois très utiles pour juger de la gravité de la situation.

5. Conclusions: la Dresse I. _____ conclut à un état dépressif larvé pendant longtemps et non diagnostiqué. Cette absence de diagnostic est pour le moins étonnante lorsqu'on sait que l'assurée consulte la Dresse I. _____, psychiatre FMH, depuis 2001! Elle atteste une incapacité de travail totale sans indication de début, ni description des limitations fonctionnelles objectives. Il importe de souligner que le status psychiatrique n'est tout simplement pas mentionné.

Sans aucune volonté polémique, il n'est pas exagéré de dire que ce document ne réunit pas les critères permettant de le qualifier de médicalement probant. Il ne permet en aucun cas de se prononcer valablement sur l'état de santé psychique de l'assurée. La chronologie des événements permet de penser que la décompensation anxio-dépressive, si tant est qu'elle existe, est postérieure à la décision sur opposition, et qu'il s'agit donc d'un élément qui doit faire l'objet d'une nouvelle demande."

Relevant ainsi que s'il existe une décompensation anxio-dépressive, celle-ci est apparue après la décision querellée et devra, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande, l'OAI confirme ses conclusions et préavise pour le rejet du recours.

g) La recourante n'a pas fait usage de la faculté qui lui a été offerte de se déterminer sur le rapport médical de la Dresse I. _____.

En droit:

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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, interjeté le 8 août 2008 contre la décision sur opposition du 9 juillet 2008, l'a été en temps utile et auprès du tribunal compétent, de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente.

2. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations AI sous forme de rente d'invalidité ou de mesures de reclassement.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'art. 17 al. 1 LAI l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108 consid. 2b; RCC 1984 p. 95; VSI 2000 p. 63; VSI 1997 p. 79).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée, 134 V 231 consid. 5.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

d) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b, 117 V 287 consid. 4 et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4, et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1), sauf s'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2).

4. a) En l'espèce, il ne ressort tout d'abord pas des pièces médicales versées au dossier qu'au moment déterminant où la décision attaquée a été rendue, la capacité de travail de la recourante sur le plan somatique n'aurait pas été entière. En effet, il résulte des rapports médicaux établis par le Dr E._____, spécialiste FMH en neurochirurgie qui a opéré la recourante, qu'après les deux opérations chirurgicales des 7 décembre 2004 et 22 février 2005, la recourante était en mesure de reprendre une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - pas d'effort physique et en particulier pas de port de lourdes charges, ce qui exclut l'activité d'aide infirmière - à 50% dès le 18 avril 2005 puis à 100% dès le 17 mai 2005 (rapports médicaux des 6 et 11 avril 2005; cf. lettre A.b supra). Cet avis, émanant d'un spécialiste, ne saurait être remis en cause par l'appréciation du médecin traitant, selon lequel la recourante présentait dès le 18 avril 2005 une capacité de travail de 50% aussi bien dans son activité habituelle d'aide-soignante que dans une activité adaptée évitant le port de charges (rapport médical du 15 mai 2005; cf. lettre A.c supra). En effet, on ne voit pas pourquoi les limitations fonctionnelles (éviter le port de charges) entraîneraient une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée; cette appréciation - qui émane du médecin traitant et doit à ce titre être admise avec réserve - apparaît d'ailleurs d'autant plus sujette à caution que le Dr C._____ admet une capacité de travail de 50% également dans l'activité habituelle, alors que celle-ci n'est pas adaptée selon les constatations du Dr E._____. On relèvera au surplus que dans son certificat médical du 10 juillet 2006, le Dr C._____, tout en confirmant une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'aide infirmière ou dans celle de chauffeur de taxi, admet que la capacité de travail de l'assurée pourrait être plus élevée dans une activité plus légère (cf. lettre B.b supra).

Contrairement à ce que soutient la recourante, il ne ressort pas non plus des pièces du dossier que son état de santé physique se serait aggravé depuis 2005. Il résulte au contraire du rapport médical établi le 25 août 2008 - soit postérieurement à la décision attaquée - par le Dr E._____ qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé physique de la recourante et que dans une activité adaptée à ses

limitations fonctionnelles (éviter les longues stations debout ou assise ainsi que le port de lourdes charges), sa capacité de travail demeure entière (cf. lettre C.b supra).

b) Il reste ainsi à examiner si, au moment déterminant où la décision attaquée a été rendue, il y a lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante était diminuée sur le plan psychiatrique. Or les pièces du dossier ne permettent pas de retenir que tel aurait été le cas. En effet, les constatations faites par le Dr E._____ dans son rapport médical du 25 août 2008 - dans lequel ce praticien relève que l'état psychique de la recourante lui inspire des inquiétudes, la recourante paraissant être déprimée, avec les larmes aux yeux durant l'entretien et n'ayant plus l'allant qu'il lui connaissait habituellement, et qu'elle donne l'impression d'être "dans une sorte d'impasse psychique et professionnelle car elle se sent incapable de reprendre une profession et l'Al lui refuse une rente et même un reclassement" (cf. lettre C.b supra) - sont postérieures à la décision attaquée et par ailleurs clairement mises en lien par le Dr E._____ avec la décision de refus de prestations Al.

Quant au rapport médical de la Dresse I._____ du 11 février 2009 (cf. lettre C.e supra), il fait état d'un "état dépressivo anxieux" fluctuant, respectivement d'un "état dépressif prob.[ablement] larvé pendant longtemps et non diagnostiqué". Il résulte de ce rapport que la recourante a consulté la Dresse I._____ pendant trois périodes distinctes, de mars 2001 à avril 2003, de septembre 2005 à octobre 2006, et enfin depuis le 24 juillet 2008. Or, ni dans sa demande de prestations du 3 février 2005, ni dans son opposition du 7 juillet 2006 à la décision de refus du 16 juin 2006, la recourante n'a mentionné de limitations d'ordre psychiatrique, alors qu'elle avait été suivie par la Dresse I._____ entre le 12 septembre 2005 et le 3 octobre 2006. La Dresse I._____ ne mentionne d'ailleurs pas d'incapacité de travail pour cette période. Cela étant, rien ne permet de retenir une incapacité de travail d'origine psychiatrique en 2005 et 2006.

Par la suite, la recourante n'a plus consulté de psychiatre pendant près de deux ans. Ce n'est que le 24 juillet 2008, soit deux semaines après avoir reçu la décision sur opposition attaquée, qu'elle a consulté à nouveau la Dresse I. _____, qui dans son rapport médical du 11 février 2009 mentionne une incapacité de travail actuelle de 100% "actuellement" sans indication de début, ni description du status psychiatrique, ni description des limitations fonctionnelles objectives et de leur répercussion sur la capacité de travail, alors que ces questions lui avaient été expressément posées (cf. lettre C.d supra). Dans ces conditions, et sur la base du rapport du 11 février 2009 qui émane du médecin traitant et ne réunit pas les critères qui permettraient de le considérer comme médicalement probant au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3c supra), il n'apparaît pas qu'au moment où la décision attaquée a été rendue, la recourante présentait une incapacité de travail d'origine psychiatrique. Si le rapport de la Dresse I. _____ du 11 février 2009 peut constituer un indice de la survenance, consécutivement à la décision attaquée, d'un état anxio-dépressif réactionnel de type trouble de l'adaptation selon la CIM-10 (cf. l'avis médical SMR du 5 mars 2009; lettre C.f supra), il s'agit là de faits nouveaux qui ne peuvent pas être pris en considération dans le cadre du présent recours, mais devront le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande, comme le relève à raison l'OAI (cf. lettre C.f supra).

c) Il s'ensuit que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient qu'au moment où elle a été rendue, la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par le Dr E. _____. Par ailleurs, le calcul du degré d'invalidité repose sur des revenus avec et sans invalidité dont les montants ne sont pas contestés par la recourante et ne prêtent au demeurant pas le flanc à la critique. Force est donc de constater que le degré d'invalidité retenu, qui s'élève à 1.5%, n'ouvre pas le droit à une rente ni à des mesures de reclassement au sens de l'art. 17 al. 1 LAI, puisque la recourante est en mesure d'exercer sans nouvelle formation une activité lucrative limitant la perte de gain à moins de 2% (cf. consid. 3a in fine supra). On relèvera au surplus que la recourante

avait elle-même renoncé à suivre la formation d'assistante Croix-Rouge que l'OAI lui avait proposée et qui devait avoir lieu du 15 mai au 3 juillet 2006 (cf. lettres A.d et A.e supra).

5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 2 al. 1 du tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS-VD; RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 9 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Un émoulement judiciaire de 250 fr. est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. _____ à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :