

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juin 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA; 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1948, aide-infirmière de formation, a déposé le 21 novembre 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), indiquant présenter une incapacité de travail partielle en raison d'une maladie, et renvoyant à l'avis de son médecin traitant, le Dr E. _____, pour le surplus.

Il ressortait de cette demande et du questionnaire adressé à l'employeur que l'assurée travaillait à 50% en qualité d'auxiliaire de soins dans l'établissement médico-social (ci-après: EMS) [...] à [...] depuis 1993 et percevait un salaire mensuel brut de 2'447 fr. 60. L'employeur a par la suite précisé que, sans atteinte à la santé, le salaire annuel de l'assurée pour 2006 s'élèverait à 32'776 fr. 25 (cf. réponse au courrier du 20 février 2006). Dans le complément à la demande signé le 21 décembre 2005, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en tant qu'aide-infirmière à un taux d'activité de 60%.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a requis le médecin traitant de lui adresser un rapport médical. Dans son rapport du 21 décembre 2005, le Dr E. _____ a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail de polyneuropathie sensitive et axonale héréditaire, en aggravation, existante depuis 1998 en tous cas, et de status après lombosciatiques itératives, existant depuis 1996, 1997, 1998 etc. Il a diagnostiqué, comme sans effet sur la capacité de travail, une ancienne surcharge pondérale sévère et un status après gastroplastie en 1998. Il a attesté de différentes incapacités de travail totales jusqu'au 15 avril 2005, puis d'une incapacité de travail de 50% depuis le 16 avril 2005 dans l'activité d'aide-infirmière. Il a conclu que l'activité de l'assurée était assumée avec quelques difficultés mais était encore possible à 50%, précisant que l'évolution des neuropathies axonales héréditaires se faisait vers une aggravation progressive. Il annexait à son rapport l'avis du Dr J. _____, spécialiste FMH en neurologie, auquel il avait adressé l'assurée.

Dans un rapport médical du 6 mai 2005, faisant suite aux examens de l'assurée réalisés les 22 avril et 4 mai 2005, le Dr J._____ a posé le même diagnostic que le médecin traitant, à savoir une polyneuropathie surtout sensitive et axonale, très probablement héréditaire, en aggravation, précisant qu'au vu de l'anamnèse familiale et l'absence d'arguments pour une autre étiologie, il s'agissait le plus vraisemblablement d'une variante de la maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT). Il a mentionné avoir vu une première fois la patiente en 1998 pour le même problème, précisant que la présente réévaluation était motivée par la progression de la symptomatologie sensitive; l'assurée marchait de plus en plus mal, surtout sur sol inégal, évitait de se déplacer dans le sombre, et elle remarquait une maladresse des mains et des douleurs au poignet droit, à l'effort mais aussi spontanées la nuit, ce qui motivait une mise en incapacité de travail à 50% d'un mi-temps, juste supporté.

Interpellé par l'OAI, le Dr J._____ a indiqué, dans son rapport du 25 mars 2006, n'avoir plus examiné l'assurée depuis le 4 mai 2005. Il a retenu le même diagnostic qu'à cette période, soit une probable neuropathie de Charcot-Marie-Tooth, congénitale, a pronostiqué une lente détérioration inexorable et a attesté d'une incapacité de travail de 75% dans l'activité habituelle d'aide soignante. Dans le "rapport médical concernant les capacités professionnelles", il a indiqué qu'au vu du status neurologique, toutes les activités mentionnées n'étaient exigibles qu'à raison de deux heures par jour au maximum.

Le 26 avril 2006, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Il résultait du rapport d'enquête établi le même jour que l'assurée présentait un empêchement de 9,6% pour la part ménagère de 40%. L'enquêtrice a retenu que l'assurée rencontrait peu d'empêchements dans son ménage car elle faisait tout au fur et à mesure pour réduire le dommage, de sorte qu'elle n'était jamais débordée et que ses journées de travail étaient équilibrées et adaptées à son atteinte à la santé.

Relevant une incertitude quant à l'exigibilité dans une activité adaptée en raison d'un taux d'incapacité de 50% retenu par le médecin traitant, de 75% par le neurologue, et d'empêchements ménagers à raison de 9,6%, le Service Médical Régional de l'AI (ci-après: SMR) a requis, par avis médical du 30 juin 2006, que les médecins précités détaillent les incapacités de travail, la capacité de travail exigible dans l'activité actuelle et dans une activité adaptée, pour un taux d'occupation de 100%.

Le 15 juillet 2006, en réponse aux questions complémentaires au rapport médical de l'OAI, le Dr E. _____ n'a fait que rappeler les incapacités de travail précédemment attestées, soit notamment une incapacité totale dès le 17 mars 2005 et une incapacité de 50% dès le 16 avril 2005.

Dans son rapport du 15 septembre 2006 à l'OAI, le Dr J. _____ a retenu une aggravation de l'état de santé (douleurs pires et fatigabilité accrue), une lente détérioration au fil des années et une accentuation des douleurs à la pression le long du premier rayon, à présent des deux côtés, "sinon superposable à 04/05". Il a indiqué que l'assurée présentait une capacité de travail de 25% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée, arguant que l'activité habituelle était bien supportée.

Constatant la persistance des contradictions malgré les renseignements obtenus, le SMR a décidé la mise en œuvre d'une expertise neurologique tendant à déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée.

L'expertise a été réalisée par le Dr F. _____, spécialiste FMH en neurologie, le 11 mai 2007. Son rapport, établi le 1^{er} juin suivant, contenait notamment les passages suivants:

"4. Diagnostic:

4.1. Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- polyneuropathie axonale sensitivo-motrice de nature vraisemblablement héréditaire (HMSN type II ou forme mineure de syndrome de Roussy-Lévy ?) d'origine congénitale et symptomatique depuis 10 ans environ.

4.2. Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail:

5. Appréciation du cas et pronostic:

[...] En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué met en évidence des limitations modérées et sensibles localement de la mobilité de la nuque ainsi que des troubles statiques vertébraux avec effacement des courbures physiologiques (pas de cypho-scoliose). On note également une contracture modérée de la musculature paravertébrale dorso-lombaire avec toutefois une bonne préservation de la flexion latérale et antérieure lombaire qui est un peu sensible localement. La marche spontanée est à caractère un peu hésitant et instable. La marche sur les talons paraît parétique ddc. Si la station pieds-joints est encore normalement possible, l'épreuve de Romberg est fortement instable avec une marche un pied devant l'autre également un peu hésitante mais encore possible. A l'examen des membres supérieurs, on observe une hypoesthésie tactile et douloureuse de la pulpe de tous les doigts et une hypopallesthésie à 4/8 bilatéralement. La trophicité, les réflexes tendineux, la force musculaire et la coordination sont intacts. La sensibilité posturale est encore bonne. A l'examen des membres inférieurs, on observe des pieds creux relativement prononcés ddc alors que les points de Valleix et la manœuvre de Lasègue sont bilatéralement négatifs. Les mouvements rapides sont un peu médiocres bilatéralement. La trophicité et la force musculaire sont encore préservées, notamment en ce qui concerne la loge antéro-externe de la jambe. Les réflexes achilléens sont affaiblis mais encore obtenables. Il n'y a pas de troubles de la coordination. L'examen de la sensibilité révèle une hypoesthésie tactile et douloureuse en chaussette ddc, des erreurs et latences à l'examen de la sensibilité posturale et une apallesthésie.

En bref, un examen clinique révélant 1) des troubles statiques vertébraux modérés à moyennement importants sans syndrome lombovertébral significatif ni signes d'irritation/déficit radiculaire, 2) des pieds creux, 3) une atteinte polyneuropathique essentiellement sensitive à prédominance des membres inférieurs.

Lorsqu'on compare le présent status à ceux du Dr J._____, on note une aggravation par rapport à l'examen de 1998 mais pas de modification significative par rapport à celui de mai 2005.

L'examen clinique a été complété par un ENMG qui confirme s'il était besoin l'existence d'une atteinte polyneuropathique axonale essentiellement, sensitivo-motrice, caractérisée par un microvoltage des potentiels moteurs, l'absence des potentiels sensitifs au niveau des membres inférieurs et la présence de signes de dénervation avec forte polyphasie dans l'ensemble des muscles examinés dans les deux membres inférieurs, cette dernière anomalie traduisant la composante motrice et non seulement sensitive de l'atteinte.

Si l'on admet que la mère de la patiente et le frère de la patiente présentent effectivement une polyneuropathie du même type et compte tenu de la présence de pieds creux, le diagnostic le plus probable est effectivement celui d'une polyneuropathie héréditaire à prédominance sensitive. La notion d'une atteinte polyneuropathique associée à des pieds creux évoque en premier lieu une forme de maladie de Charcot Marie Tooth. L'absence de ralentissement des vitesses de conduction motrice permet d'écarter raisonnablement la forme CMT 1a. On peut par contre songer à une forme CMT 2 soit HMSN type II mais on est un peu gêné par l'absence de toute atteinte motrice notamment au niveau de la loge antéro-externe. On pourrait dès lors évoquer une forme de syndrome de Roussy-Lévy mais manque l'aréflexie rencontrée habituellement dans ce type d'atteinte. Il se peut donc qu'il s'agisse d'une forme intermédiaire, un peu particulière, liée à un phénotype familial un peu différent de ce que l'on rencontre habituellement.

Si l'on se réfère au status actuel, à la durée d'évolution symptomatique de l'affection et à l'évolution chez la mère et le frère de la patiente, l'atteinte polyneuropathique présentée par Mme G. _____ est actuellement modérément handicapante et l'évolution ne devrait pas être catastrophique (amenant à une invalidité majeure). On doit néanmoins relever que les pieds creux représentent un élément handicapant également pour toute activité nécessitant une station debout relativement prolongée. A cela s'ajoutent les rachialgies cervico-dorso-lombaires qui peuvent également handicaper la patiente même s'il n'existe pas de franc syndrome lombovertébral ni de symptôme/signe d'irritation/déficit radiculaire aux membres supérieurs et inférieurs.

Sur le plan somatique, il n'y a d'autres mesures à proposer que celles en cours actuellement.

En ce qui concerne la capacité de travail, dans l'activité d'aide-soignante, je pense que la capacité de travail ne dépasse pas 50 % (d'un 100 %). Dans l'activité de ménagère, je rejoins l'appréciation de l'enquête économique effectuée préalablement, à savoir qu'il existe une invalidité mineure ne dépassant pas 10 à 20 %. Dans une activité professionnelle adaptée, se faisant essentiellement en position assise, sans déplacement important, notamment en terrain inégal, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges réguliers de 15 kilos ou plus et autorisant des changements relativement fréquents de position, la capacité de travail Mme G. _____ est encore complète (100 % avec un rendement de 100 %).

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

L'atteinte polyneuropathique et les pieds creux présentés par Mme G. _____ représentent un handicap pour les déplacements, notamment sur sol inégal et dans l'obscurité. Les rachialgies cervico-dorso-lombaires contre-indiquent le port régulier de charges lourdes

(15 kilos et plus) ainsi qu'un engagement physique relativement lourd.

[...]

2. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici:

Comme mentionné plus haut, la symptomatologie présentée par Mme G._____ entraîne une incapacité de travail globale de 50% (d'un 100%) dans l'activité d'aide-soignante ainsi que dans toute activité similaire. Pour ce qui est de l'activité ménagère, l'incapacité de travail ne dépasse pas 20 %. Les incapacités de travail précitées ont débuté globalement avec l'apparition de la maladie (1996/1997) mais ont entraîné un handicap significatif vraisemblablement plus tardivement soit en 2000/2001.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Au vu de l'âge de la patiente, je ne pense pas qu'il y ait des mesures de réadaptation professionnelle à envisager.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Il n'y a pas de mesures médicales, de moyens auxiliaires ou d'adaptation du poste de travail susceptibles d'améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent, à moins d'en changer complètement la nature.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?

Comme mentionné plus haut, une activité se faisant essentiellement en position assise, ne nécessitant pas des déplacements importants tout particulièrement la nuit et sur sol inégal, ne nécessitant pas également le port de charges régulier (15 kilos et plus) et un engagement physique lourd est exigible à plein-temps avec un rendement de 100%."

Dans un rapport d'examen SMR du 15 août 2007, la Dresse C._____ a considéré qu'il existait une discordance entre les répercussions fonctionnelles alléguées par l'assurée et celles constatées objectivement, soit dans l'activité ménagère, soit par l'expertise neurologique. Elle a conclu qu'il convenait de reconnaître à l'assurée une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes: activité se faisant essentiellement en position assise, sans déplacement important, notamment en terrain inégal, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de

charges régulier de 15 kg ou plus, autorisant des changements relativement fréquents de position.

B. Le 30 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. Se référant aux pièces médicales en sa possession, il a retenu qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 25 janvier 2006, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Toutefois, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant à une évaluation économique, l'OAI a considéré que l'assurée était en mesure de réaliser, dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, un revenu annuel de 28'305 fr. 82. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 38'182 fr., mettait en évidence une perte de gain de 9'876 fr. 18, correspondant à un degré d'invalidité de 25.86%. Après addition des degrés d'invalidité retenus pour la part ménagère, soit 3.84% (40% x 9.60%), et pour la part active, soit 15.51% (60% x 25.86%), le degré d'invalidité final correspondait à 19.35%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

L'assurée a fait part des ses objections relatives au projet de décision par écriture du 8 juillet 2008. Elle reprochait à l'OAI de s'être référé à des examens réalisés en 2006, pour l'enquête économique ménagère, et 2007, pour l'expertise neurologique, alors que son état de santé s'était passablement dégradé depuis la dernière évaluation. Elle concluait à la reconsidération du projet de décision, indiquant être à disposition de l'OAI pour tout nouvel examen.

Avant de rendre sa décision sur le droit aux prestations de l'assurée, l'OAI a requis des Drs J._____ et E._____ qu'ils lui fassent parvenir un rapport médical précisant l'évolution de l'état de santé depuis juin 2007.

Par retour de courrier du 17 juillet 2008, le Dr J._____ a indiqué n'avoir plus revu l'intéressée depuis le 15 septembre 2006, date de la dernière évaluation à la suite de la demande de l'OAI.

Dans son rapport du 30 juillet 2008, le Dr E._____ a retenu les mêmes diagnostics affectant la capacité de travail qu'en décembre 2005, soit une poly-neuropathie sensitive et axonale héréditaire en aggravation (Maladie de Charcot-Tooth) et un status après lombosciatiques itératives. Il a diagnostiqué, comme sans effet sur la capacité de travail, une thrombophlébite saphène interne gauche, existant depuis 2006. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 2 octobre 2006 et mentionné une aggravation progressive des troubles de la sensibilité avec troubles de la marche important en terrain irrégulier, une hypoesthésie des mains avec lâchage fréquent d'objets, présente depuis plusieurs mois, une fatigabilité importante et l'impossibilité de déplacer des patients et de les retenir. Il a pronostiqué une neuropathie héréditaire à aggravation progressive.

Par avis du 18 août 2008, le SMR s'est prononcé comme suit:

"Le Dr J._____ n'a pas cru bon d'adresser l'assurée en consultation auprès d'un neurologue. Il ne décrit aucune aggravation objective depuis l'expertise du Dr F._____. La capacité de travail exigible est inchangée depuis le rapport d'examen SMR d'août 2007".

Par décision du 17 septembre 2008, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 30 juin 2008, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Dans une lettre d'accompagnement adressée le même jour, l'OAI a expliqué notamment ce qui suit:

"Afin d'examiner si une aggravation de votre état de santé est intervenue depuis l'expertise susmentionnée, nous avons demandé un rapport médical au Dr J._____ ainsi qu'au Dr E._____. Le Dr J._____ n'a pu nous répondre étant donné qu'il ne vous a plus revue depuis le 15 septembre 2006.

Le rapport médical du Dr E._____, signalant une aggravation de votre état de santé a été examiné par le Service Médical Régional (SMR) Suisse romande.

Il ressort que l'ensemble des troubles mentionnés dans ce rapport médical ont été investigués dans le cadre de l'expertise susmentionnée. De plus, ce rapport ne décrit pas d'aggravation objective de votre état de santé.

Concernant l'enquête ménagère effectuée le 26 avril 2006, l'expert relève en juin 2007, en page 8, que le status ne présente pas de modification significative par rapport à celui de mai 2005.

[...]

L'expertise du Dr F._____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Postérieurement à l'expertise effectuée par le Dr F._____, aucune description clinique précise ne justifie une péjoration de votre état de santé depuis lors.

Au vu de ce qui précède, votre contestation du 8 juillet 2008 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 30 juin 2008 est fondé et doit être entièrement confirmé."

C. G._____ a formé recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances par acte du 4 octobre 2008, en concluant implicitement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de la reconnaissance de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Elle fait grief à l'intimé de s'être référé à l'enquête ménagère effectuée en 2006 et à l'expertise neurologique réalisée en 2007, alors que l'atteinte à la santé est en constante évolution. Faisant valoir une dégradation de son état de santé depuis les dernières évaluations, elle mentionne avoir attendu de l'intimé une convocation chez un médecin "neutre" et donc "fiable".

Le 10 novembre 2008, la recourante produit un rapport médical établi par le Dr J._____ en date du 28 octobre 2008. Le neurologue pose le diagnostic de poly-neuropathie héréditaire sensitive, en nette aggravation. Il relève que l'anamnèse intermédiaire depuis le dernier passage à sa consultation en 2006 est défavorable, caractérisée par une accentuation des déficits sensitifs et des douleurs. Sous la rubrique "appréciation", il mentionne qu'étant donné la progression notable de "l'invalidisation", avec des répercussions non seulement

importantes sur la marche, mais aussi sur la dextérité manuelle, une incapacité totale de travail définitive paraît évidente. Le Dr J._____ précise ne voir aucune autre activité professionnelle raisonnablement exigible, notamment en raison du pronostic défavorable, dans le sens d'une lente mais inexorable détérioration.

Dans sa réponse du 17 décembre 2008, l'OAI préavise pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr F._____. Il se réfère au rapport du Dr J._____ du 28 octobre 2008, lequel atteste une aggravation clinique des troubles neurologiques mais ne se prononce pas sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles.

Se déterminant le 20 janvier 2009, la recourante s'étonne de la réponse de l'intimé, relevant que le Dr J._____ mentionne très clairement une incapacité totale et définitive de travailler.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Déposé dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

b) La loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique

notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer dans le cadre du présent recours, déposé le 4 octobre 2008 auprès du Tribunal des assurances (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, pour la période courant jusqu'au 17 septembre 2008, date de la décision entreprise.

3. En cas de changement de règles de droit matériel, la législation applicable reste en principe celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1; ATF 127 V 466 consid. 1; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010 consid. 5); par ailleurs, les faits sur lesquels le juge des assurances sociales peut être amené à se prononcer sont ceux qui se sont produits jusqu'au moment de la décision administrative litigieuse (ATF 131 V 242 consid. 2.1; ATF 121 V 366 consid. 1b; TF 9C_967/2009 du 2 juin 2010 consid. 3.1).

4. a) 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;

- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) - cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il était invalide à 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Selon l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a), ou une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (let. b) (RO 1987 p. 449).

b) Pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité à accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 8 al. 3 LPGA, 28a

al. 2 LAI et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3; ATF 125 V 146 consid. 2c; ATF 117 V 194).

5. L'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, en considérant, dans l'hypothèse où l'atteinte à la santé ne serait pas survenue, que la recourante exercerait une activité lucrative (activité habituelle d'auxiliaire de soins) à un taux de 60%, consacrant les 40% restant essentiellement à la tenue de son ménage. Cette répartition ne prête pas flanc à la critique et n'est d'ailleurs pas discutée dans le présent recours.

6. L'intimé considère que les éléments du dossier ne lui permettent pas de retenir un degré d'invalidité ouvrant le droit à des prestations AI. Il se réfère particulièrement à l'enquête économique ménagère du 26 avril 2006 et à l'expertise neurologique du 11 mai 2007. La recourante ne conteste pas, en soi, le contenu de ces rapports. Elle

allègue, en revanche, une péjoration de son état de santé depuis ces évaluations et se prévaut de l'avis des Drs E. _____ et J. _____.

a) Dans un rapport du 3 décembre 1998 adressé au médecin traitant, le Dr J. _____ diagnostique une polyneuropathie sensitivo-motrice. Le neurologue procède à une réévaluation en mai 2005, motivée par la progression de la symptomatologie sensitive, relevant que la patiente marche de plus en plus mal surtout sur sol inégal, et ressent une maladresse des mains, à laquelle s'ajoute des douleurs au poignet droit. Il observe une polyneuropathie surtout sensitive, axonale, prédominant aux membres inférieurs, globalement en assez nette aggravation depuis 1998. Au terme du rapport du 6 mai 2005, il estime que la capacité de travail de l'intéressée est actuellement, et définitivement, de 25%. A la requête de l'OAI, il établit un rapport médical le 25 mars 2006, sur la base des constatations de son dernier examen du 4 mai 2005. Il retient ainsi le diagnostic de neuropathie de Charcot-Marie-Tooth, congénitale, et pronostique une lente détérioration inexorable. Il évalue à 25% la capacité de travail dans toute activité, correspondant au taux d'activité "juste supporté" par l'assurée dans son activité d'aide-infirmière. Dans le rapport du 15 septembre 2006, après examen pratiqué le jour même, le Dr J. _____ atteste derechef une incapacité de travail de 75% dans toute activité, précisant que l'activité habituelle est une activité adaptée. Il précise avoir constaté une accentuation des douleurs à la pression le long du premier rayon, à présent des deux côtés, sinon superposable à ses constatations de mai 2005, et pronostique une lente détérioration au fil des années.

Dans le premier rapport à l'OAI du 21 décembre 2005, le Dr E. _____ reprend le diagnostic posé par le Dr J. _____ le 6 mai 2005, soit une polyneuropathie sensitive et axonale héréditaire, en aggravation, existant depuis 1998 en tout cas. Il atteste d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité d'aide-infirmière, estimant que cette activité est assumée avec quelques difficultés mais est encore possible. Le 15 juillet 2006, à la requête de l'intimé, il confirme que la capacité de travail de 50% vaut tant pour l'activité habituelle que pour une activité adaptée.

Dans un rapport du 30 juillet 2008, le Dr E._____ retient le même diagnostic affectant la capacité de travail mais atteste d'une incapacité de travail totale depuis le 2 octobre 2006. Il observe une aggravation progressive des troubles de la sensibilité avec troubles de la marche importants en terrain irrégulier et une hypoesthésie des mains depuis plusieurs mois, avec lâchage fréquent d'objets.

Dans le rapport d'expertise neurologique du 1^{er} juin 2007, le Dr F._____ pose le diagnostic de polyneuropathie axonale sensitivo-motrice de nature vraisemblablement héréditaire, d'origine congénitale et symptomatique depuis dix ans environ. Il retient que la capacité de travail ne dépasse pas 50% (d'un 100%) dans l'activité habituelle d'aide-soignante et qu'une invalidité mineure ne dépassant pas 10 à 20% existe dans l'activité de ménagère. Il estime que dans une activité professionnelle adaptée - se faisant essentiellement en position assise, sans déplacement important, notamment en terrain inégal, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges réguliers de 15 kilos ou plus et autorisant des changements relativement fréquents de position -, la capacité de travail de l'assurée est exigible à 100%.

b) Le Dr F._____ pose un diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail que les Drs E._____ et J._____ ont également retenu et admet l'existence de la polyneuropathie depuis 1998 environ. Pour l'essentiel, l'expert rejoint par ailleurs l'avis du Dr J._____ exprimé dans le rapport du 15 septembre 2006, lorsqu'il observe que l'état de santé de la recourante, en mai 2007, révèle une aggravation par rapport aux examens pratiqués en 1998, mais pas de modification significative par rapport à ceux réalisés en mai 2005. En revanche, le Dr F._____, d'une part, et les Drs J._____ et E._____, d'autre part, sont en désaccord en ce qui concerne les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité résiduelle de travail, en particulier dans une activité adaptée.

Cela étant, le rapport du 15 septembre 2006 du Dr J._____ ne revêt pas la valeur probante que l'on peut attribuer à l'expertise du Dr F._____. Ce rapport n'est motivé que de façon sommaire. Le Dr

J._____ évalue à 25% la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, sans exposer les limitations rencontrées. Il ne précise pas en quoi l'atteinte à la santé justifierait une incapacité de travail de 75%. Il semble ainsi s'en tenir essentiellement au *statu quo* en ce qui concerne l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Au contraire, le Dr F._____ énonce précisément les limitations fonctionnelles engendrées par l'état de santé de la recourante. Son expertise est détaillée et remplit les critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les conclusions du rapport se fondent sur les pièces figurant au dossier de l'OAI, un entretien avec la recourante ainsi que le résultat d'un examen neurologique et d'un ENMG (électroneuromyogramme) pratiqués lors de l'expertise. Il repose ainsi sur un examen clinique approfondi et a été effectué en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical de l'intéressée. L'expert a également décrit et pris en considération les plaintes exprimées par la recourante. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions, en particulier ce qui concerne l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et la réadaptation professionnelle, sont dûment motivées et convaincantes.

Par ailleurs, l'appréciation du Dr F._____ ne saurait être mise en doute par l'avis du Dr E._____, lequel retient, en 2006, une capacité de travail de 50%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sans la moindre détermination quant aux limitations rencontrées. A cet égard, il convient de rappeler que le médecin traitant, qui a un mandat de soin, est dans une position particulière en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile (ATF 125 V 351 consid. 3a/cc; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins mais d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de

l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001, 109 consid. 3b/bb).

A l'aune de ce qui précède, il n'existe aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions du Dr F._____. Partant, il convient d'admettre, pour la période courant jusqu'en mai 2007, date de l'examen pratiqué par l'expert, que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

c) A la suite du projet de décision du 30 juin 2008, l'assurée a allégué une péjoration de son état de santé. L'OAI s'est renseigné auprès du Dr E._____, dont les réponses permettent de conclure que l'évolution de la maladie concerne principalement une hypoesthésie des mains depuis plusieurs mois, avec lâchage fréquent d'objets, et une aggravation progressive des troubles de la sensibilité avec troubles de la marche important en terrain irrégulier. A l'époque, le Dr E._____ préconisait un nouvel examen auprès du Dr J._____. Cependant, l'intimé y a renoncé après que le neurologue lui avait précisé n'avoir plus revu la recourante depuis le 15 septembre 2006. Le SMR, par avis du 18 août 2008, en conclut que la capacité de travail exigible était inchangée depuis son rapport d'examen d'août 2007.

Il convient d'admettre qu'en mai 2007, l'hypoesthésie des mains était déjà mentionnée et la marche en terrain irrégulier proscrite, mais il apparaît vraisemblable que les troubles se sont aggravés progressivement. Partant, l'intimé aurait dû faire procéder à un nouvel examen neurologique, comme l'a suggéré le Dr E._____, afin d'évaluer la progression des atteintes à la santé de la recourante depuis l'expertise. L'OAI le reconnaît d'ailleurs quelques mois plus tard lorsqu'il préavise, dans la réponse du 17 décembre 2008 adressée céans, pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du Dr F._____.

En l'état, force est de constater que l'instruction menée par l'intimé était insuffisante pour se prononcer sur le droit à la rente au 17 septembre 2008 (date de la décision litigieuse). Le rapport du Dr

E. _____ du 30 juillet 2008 rend plausible une aggravation notable des atteintes à la santé de la recourante depuis mai 2007. Le rapport du Dr J. _____ de 28 octobre 2008 semble corroborer cette constatation. Mais il appartiendra à l'OAI de le vérifier par expertise, conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

d) Au vu de ce qui précède, il a lieu d'admettre que la situation médicale de la recourante est clairement établie jusqu'en mai 2007 et qu'il convient d'entreprendre d'autres mesures d'instruction pour la période postérieure, l'avis du Dr E. _____ ne permettant pas d'établir la capacité résiduelle de travail de la recourante de manière suffisamment précise pour statuer sur le droit à la rente. Il se justifie dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise neurologique tendant à déterminer notamment la capacité résiduelle de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles, dès le mois de juin 2007.

7. Cela étant constaté, encore faut-il déterminer si l'intimé était fondé à nier le droit aux prestations AI jusqu'en mai 2008.

a) L'intimé a pris en considération un salaire annuel brut de 38'182 fr. à titre de revenu qu'aurait réalisé l'assurée sans atteinte à la santé, en 2006. Ce montant correspond au salaire réalisé par l'assurée en 2005, pour un taux d'activité de 50% (salaire mensuel brut de 2'447 fr. 60; cf. questionnaire adressé à l'employeur), converti au taux d'activité de 60%.

Or, par retour de courrier du 20 février 2006, l'employeur a attesté d'un salaire annuel de 32'776 fr. 25 pour l'année 2006. Il convient dès lors de prendre en considération ce montant et de le convertir au taux de 60%: Le revenu sans invalidité doit ainsi être fixé à 39'331 fr. 50.

b) Pour calculer le revenu que pourrait réaliser la recourante malgré les atteintes à la santé dont elle souffre, l'intimé s'est référé aux statistiques salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique. Cette pratique est parfaitement admise dans l'éventualité où, comme cela est le

cas en l'espèce, l'assurée n'a pas repris l'exercice d'une activité adaptée normalement exigible de sa part.

L'intimé a procédé à une réduction de 5% du revenu découlant des données statistiques pour tenir compte des facteurs personnels limitant les perspectives salariales de la recourante. Il convient de relever que l'assurée était âgée de 57 ans au moment de la demande de prestations, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse. Certes, elle n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2), mais le critère de l'âge conserve son importance. En outre, il appert que la recourante a toujours exercé en qualité d'aide-infirmière, sans être ainsi confrontée, au cours de son parcours professionnel, à un changement d'activité. A cela s'ajoute qu'elle présente une problématique physique engendrant un certain nombre de limitations fonctionnelles, en sus d'une hypoesthésie des mains. Partant, dans la situation de la recourante, un abattement de 15% est adéquat. Il en découle que le revenu d'invalidé s'élève à 25'326 fr. 25.

La perte de gain annuelle s'élève donc à un montant de 14'005 fr. 25 (39'331 fr. 50 - 25'326 fr. 25) et le taux d'invalidité, pour la part du temps que la recourante consacrerait à l'exercice d'une activité lucrative, à 35.60%. Il en découle un degré d'invalidité, pour la part active, de 21.36% (60% x 35.60).

c) En ce qui concerne les activités non professionnelles habituelles, le taux d'incapacité reconnu par l'enquête économique sur le ménage est de l'ordre de 9.6%. Le Dr F._____ a estimé qu'il existait une invalidité mineure ne dépassant pas 20%.

Même en admettant, conformément à l'expertise du Dr F._____, que l'on porte le degré d'empêchement dans la part ménagère à 20%, le degré d'invalidité global resterait en dessous du seuil de 40%

ouvrant droit à une rente. En effet, le taux d'invalidité pour la part du temps que la recourante consacrerait à ces travaux ménagers s'élèverait à 8% (40% x 20%). Additionné au taux d'invalidité de 21.36% pour la part active, le degré d'invalidité global serait de 29.36%.

d) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à nier le droit aux prestations AI de la recourante jusqu'en mai 2008. Compte tenu du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI (cf. considé 4.a *supra*), l'ouverture du droit à la rente peut être exclu jusqu'à cette dernière date.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente d'invalidité est nié pour la période courante jusqu'au 31 mai 2008. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période postérieure à cette date. .

b) 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. 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public. L'intimé n'encourt donc pas de frais. La recourante voit ses conclusions partiellement rejetées pour la période courant jusqu'au 31 mai 2008. Un émolument judiciaire réduit, qu'il y a lieu d'arrêter à 100 fr., sera donc mis à sa charge (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante obtenant partiellement gain de cause sans le concours d'un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 17 septembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente d'invalidité est nié jusqu'au 31 mai 2008.

- III. Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il rende une nouvelle décision sur le droit à la rente dès le 1^{er} juin 2008.

- IV. Un émolument judiciaire réduit à 100 fr. (cent francs) est mis à la charge de la recourante.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- G. _____
- 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 :