

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 janvier 2011

Présidence de M. DIND

Juges : Mmes Rossier et Moyard, assesseurs

Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

M. _____, à St-Prex, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne

et

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

Art. 8 LPGA; 8, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée), née en Flandres en 1951, infirmière diplômée en soins généraux, a travaillé auprès du centre médico-social (ci-après: CMS) de [...] dès le 1^{er} août 2000. Après l'annonce de son licenciement, son médecin traitant et psychiatre, la Dresse W. _____, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 10 mai 2006, en raison de cervico-brachialgies associées à un état dépressif. L'assurance perte de gains V. _____ - auprès de laquelle M. _____ était assurée par l'intermédiaire de son employeur selon la LAMal - lui a alloué des prestations à compter du 10 mai 2006. Dans le cadre de l'instruction du dossier, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 28 mars 2007, le Dr L. _____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il se prononçait comme suit sur la capacité de travail de l'examinée:

"Vu l'amélioration de l'état dépressif qui actuellement est à considérer comme moyen, la capacité de travail dans la profession d'infirmière est à considérer à 50% (50% de 100%).

[...] Vu la bonne évolution lentement favorable et considérant le fait que les problèmes de l'assurée étaient fortement liés avec les conditions de travail à son ancien poste, on peut partir du fait qu'une capacité de travail partielle à 50% peut être reconnue à partir du 1^{er} mai 2007, de 80% à partir du 1^{er} juillet au plus tard, avec une augmentation progressive selon l'évolution."

Le 1^{er} juillet 2007, l'assurée a repris une activité en qualité d'infirmière chef dans un établissement médico-social (ci-après: EMS), la [...] à [...]. Le 4 juillet 2007, à la suite d'un faux mouvement, elle a connu une réactivation de ses douleurs cervicales, responsable d'un arrêt de travail total. L'assurance perte de gains G. _____ - auprès de laquelle elle était assurée par l'intermédiaire de son nouvel employeur - lui a alloué des indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2007, sur la base d'un taux d'incapacité de 100 %. Une expertise neurologique a été confiée au Dr D. _____, spécialiste FMH en neurologie.

Dans son rapport du 4 décembre 2007, le Dr D. _____ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de cervico-brachialgies récidivantes à prédominance gauche et - sans répercussion sur la capacité de travail - de scoliose, lombalgies récidivantes depuis l'âge de quatorze ans et de dépression traitée. Se prononçant sur la capacité de travail; il expliquait ce qui suit:

"La patiente se décrit elle-même comme complètement incapable de travailler dans la profession comme infirmière dans un EMS où elle doit quotidiennement lever et transférer des patients avec l'aide d'autre personnel infirmier. Du point de vue neurologique, la patiente a dans son activité comme infirmière en EMS une capacité de travail d'au moins 60%. Dans son activité professionnelle antérieure comme infirmière de CMS où elle n'est pas ou moins obligée de lever des patients et d'aider aux transferts elle a une capacité de travail de 100%. Vu les antécédents décrits dans l'anamnèse et les plaintes subjectives, un pronostic d'une reprise du travail comme infirmière en EMS à plein temps est plutôt réservé. [...] A long terme, une activité professionnelle dans l'administration des soins ou dans la formation d'infirmière pourrait être plus adaptée mais nécessiterait une réinsertion professionnelle."

B. Le 17 mars 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. La demande était motivée par des atteintes à la santé sous forme de dépression et d'hernie cervicale, existant depuis respectivement le 10 mai 2006 et le 4 juillet 2007.

Le 24 avril 2008, l'assurée et l'OAI ont signé un contrat d'objectifs (plan de réadaptation), tendant à aider l'assurée à retrouver du travail dans une activité adaptée.

Par communication du 29 mai 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'au vu du contrat passé sur les objectifs à atteindre, il prenait en charge les frais pour un cours d'initiation à la bureautique à mi-temps qui aurait lieu du 2 au 27 juin 2008, ainsi que pour un cours TRE (techniques de recherche d'emploi) prévu du 14 au 18 juillet 2008.

Après deux semaines de position assise prolongée devant un ordinateur, les cervico-brachialgies gauches ont récidivé de manière aiguë, ce qui a conduit l'assurée à interrompre, de son propre chef, le cours de réadaptation débuté en juin 2008.

Dans un rapport médical du 5 août 2008 à l'OAI, le Dr J._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches existant depuis plusieurs mois, induisant des limitations fonctionnelles dès octobre 2007, soit l'alternance des positions assises/debout et l'absence de port de charge supérieur à 10 kg. Il a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% au moins dans l'activité exercée.

Dans un rapport médical du 12 août 2008, le Dr Q._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a relevé que l'atteinte principale à la santé était des cervico-brachialgies gauches sur hernie discale C6-C7 et uncarthrose (M50.1) et le diagnostic associé non du ressort de l'AI de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. La capacité de travail exigible était de 50% dans l'activité habituelle depuis janvier 2008 et de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position statique de la nuque, pas de flexions/extensions répétées de la nuque.

Le 4 septembre 2008, un entretien téléphonique a eu lieu entre l'OAI et l'assurée. A cette occasion, l'assurée a fait savoir que son état de santé actuel ne lui permettait pas de participer à une mesure d'aide au placement. Par courrier du 6 septembre 2008, elle a confirmé renoncer à l'aide au placement, au moins temporairement.

Le 29 septembre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans lequel le droit à des mesures professionnelles lui était dénié, au motif que, selon ses constatations, elle était suffisamment réadaptée. L'OAI précisait que d'autres mesures n'étaient pas nécessaires puisque

l'activité d'infirmière scolaire était une activité pouvant être considérée comme adaptée à son état de santé.

L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 11 octobre 2008. La motivation de son opposition était la suivante:

"Pour rappel, le 21 avril dernier, M. P. _____ m'a fait bénéficier du cours informatique afin de me faciliter, tenant compte de mes problèmes médicaux au niveau de la colonne cervicale, de retrouver un poste de travail. Malheureusement, comme je l'ai communiqué à M. P. _____, j'ai dû arrêter ce cours suite à une aggravation de ma hernie cervicale, consécutive à la position à se tenir devant l'ordinateur pendant une période de temps prolongée (plus de trois heures par séance).

Je note également, qu'avant de commencer ce cours d'informatique, par intervention de M. X. _____, j'ai pu postuler pour un travail consistant de la vaccination des filles contre le cancer du col d'utérus. Entre-temps, malheureusement, j'ai fait une rechute avec ma hernie discale et de plus tombé dans une dépression grave. En conséquence, j'ai dû abandonner le cours informatique et de plus, je n'ai pas pu donner suite au travail de vaccination. Mon médecin m'a prescrit un arrêt de travail à 100% dont je vous en avait fait part par téléphone.

M. X. _____ a eu l'amabilité de mentionner que dans mon cas, en plus d'infirmière scolaire il y avait encore la possibilité de travailler comme infirmière Chef dans certains EMS. Comme pour cette position un diplôme de gestionnaire était nécessaire, il souhaitait prendre lui-même contact avec le responsable du poste. Il était prévu que tout en travaillant comme infirmière Chef, je fasse le cours en question. M. X. _____ m'a proposé que l'AI payait les frais pour le cours et les trois premiers mois de salaire.

Dans le but de ne pas perdre les mois dont j'avais droit, M. X. _____ m'a proposé de fermer mon dossier AI, étant prêt à l'ouvrir dès que j'avais l'autorisation de mon médecin pour retravailler. Finalement, la lettre d'AI du 29 septembre dernier m'a trouvé toujours en arrêt de travail à 100%.

Depuis lors, mon médecin, m'a fait savoir que je pouvais reprendre le travail dès le 1^{er} novembre, à 50%.

Ce dans cette perspective que je vous saurais gré de bien vouloir rouvrir mon dossier et de m'accorder une entrevue avec M. X. _____ me permettant de mieux expliquer mon cas et revoir avec lui les possibilités d'obtenir de l'aide pour retrouver un poste de travail comme infirmière scolaire, infirmière dans une polyclinique ou infirmière Chef dans un EMS, postes que je pourrais exercer sans aggraver mon problème d'hernie cervicale."

Dans une communication interne au dossier AI du 30 octobre 2008, X. _____ et P. _____ ont confirmé que les écrits figurant dans le courrier du 11 octobre 2008 correspondaient aux informations transmises à l'assurée au cours de différents entretiens et que l'aide au placement avait été fermée pour raisons médicales, l'assurée pouvant demander la réouverture de son dossier dès que son état de santé s'améliorerait.

Dans une seconde communication interne du 3 novembre 2008, il était mentionné que, dans son courrier du 11 octobre 2008, l'assurée ne contestait pas le projet de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel du 29 septembre précédent mais demandait simplement la réouverture de son dossier dans le cadre du placement démarré dans l'intervention précoce.

Par décision du 4 novembre 2008, dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 29 septembre 2008, l'OAI a nié le droit à des mesures professionnelles. Le même jour, l'OAI a adressé à l'assurée une communication dans laquelle le droit au placement lui était reconnu. La motivation était en substance la suivante:

"Suite à votre lettre du 11 octobre 2008 et après étude de votre dossier, une orientation professionnelle et un soutien dans vos recherches d'emploi vous sera fourni par notre service de placement."

C. L'assurée a recouru contre la décision de refus de mesures professionnelles auprès du Tribunal des assurances par acte du 5 décembre 2008. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi de mesures de réadaptation, et subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2007, avec intérêt à 5%. En substance, elle conteste l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail ainsi que l'absence de comparaison, voire les éventuels salaires hypothétiques retenus. Elle fait valoir que, compte tenu des investigations médicales en cours et de l'absence d'instruction sur le plan psychiatrique, elle ne peut développer plus amplement son recours et requiert ainsi un nouvel avis de son médecin traitant et un second délai pour compléter son écriture.

Afin de pouvoir se déterminer sur l'écriture de l'assurée, l'OAI a requis la production de l'expertise psychiatrique du Dr C._____, mise en œuvre par l'assurance perte de gains G._____ dans le cadre de l'instruction du dossier LAMal.

Adressé à la Cour de céans le 15 mai 2009, l'expertise établie le 1^{er} septembre 2008 retient le diagnostic de symptomatologie anxio-dépressive pouvant rentrer dans le cadre soit d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive soit d'un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne. L'incapacité de travail, sur le plan strictement psychiatrique, n'est effective que depuis le 19 juin 2008 et il est raisonnable d'envisager la reprise d'une activité médico-théorique dans un premier temps à 50%, probablement dès le 1^{er} septembre 2008. L'examineur a conclu comme suit:

"Madame M._____ doit chercher une activité dans le champ de ses compétences d'infirmière beaucoup plus légère, moins soumise aux contraintes d'horaire, aux responsabilités et à des efforts physiques répétitifs. L'échec de son cours d'informatique indique que l'assurée a probablement des difficultés à acquérir de nouvelles compétences au-delà de celles qu'elle possède déjà. Par conséquent, un reclassement dans une nouvelle profession sous l'égide de l'assurance-invalidité, paraît très incertain. Malgré sa motivation, un désir objectivement sincère d'évoluer, il y a souvent « loin de la cuillère au pot » dans ce type de situation."

Dans sa réponse du 5 août 2009, l'OAI relève, d'une part, que le SMR, dans l'avis du 22 juillet 2009, précise que le début de l'incapacité de travail remonte au 30 mars 2006, de sorte qu'il convient d'admettre que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2007 au 31 mars 2008 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé) et, d'autre part, qu'il ressort du rapport d'expertise psychiatrique du Dr C._____ que l'assurée a présenté une incapacité de travail totale dès le 18 juin 2008, puis de 50 % dès le 1^{er} septembre 2008. L'OAI préavise dès lors la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique de type COMAI afin de déterminer s'il s'agit d'un cas de reprise de l'invalidité.

Eu égard aux contradictions, sur le plan médical, s'agissant de son incapacité de travail, la recourante a adhéré à la proposition de l'OAI. Le juge instructeur a dès lors confié au CEMed une expertise.

Dans leur expertise pluridisciplinaire du 8 septembre 2010, les experts relèvent ce qui suit, sur le plan somatique (neurologique et rhumatologique) puis sur le plan psychique:

"En conclusion, Madame M. _____ a présenté un épisode de cervicobrachialgies gauches en 2007. Actuellement il persiste uniquement des cervicalgies modérées, sans évidence subjective et objective de compression radiculaire significative. L'anamnèse fait néanmoins penser qu'elle a pu présenter par le passé une irritation radiculaire notamment C7 gauche. Les cervico-brachialgies apparues plus récemment (début avril 2010) sont peut-être en relation avec un problème radiculaire cervical, avec une impression subjective de diminution de la force d'élévation du bras, la force brute étant objectivement préservée à l'examen clinique. Il n'y a par contre pas de pathologie de l'épaule mise en évidence.

Les plaintes formulées par Madame M. _____ au niveau cervical et préalablement brachial gauche trouvent vraisemblablement en partie leur origine dans les altérations dégénératives disco-vertébrales pluri-étagées modérées prédominant en C5-C6 et C6-C7 sans que l'on puisse néanmoins objectiver de franche compression radiculaire ou médullaire. Dans le contexte psychologique, il est probable que des facteurs psychologiques ont pu jouer un rôle non pas tellement dans l'apparition, mais dans l'importance et la persistance des troubles.

Sur le plan fonctionnel, les positions assises prolongées, ainsi que les ports de charges réguliers de plus de 5-10 kg sont à éviter. La capacité de travail est complète si les limitations sont respectées.

Concernant son activité professionnelle, elle peut tout à fait exercer celle d'infirmière, dans un poste qui permet des changements de positions fréquents, et sans port de charges de manière répétée.

Actuellement, dans une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charges de plus de 5-10 kg, la capacité de travail de Madame M. _____ est à considérer comme complète.

Une activité d'infirmière de policlinique, d'infirmière scolaire ou de responsable d'unité est exigible à plein temps avec un rendement complet.

S'agissant des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention exprimée par Madame M. _____, ces derniers sont vraisemblablement en relation avec les éléments psychologiques et non l'expression d'une affection somatique telle qu'une maladie d'Alzheimer ou autres, comme le craint Madame M. _____.

L'ampleur de l'état dépressif n'a pas permis de faire un examen neuropsychologique.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement d'AINS et d'antalgiques à la demande. Il n'y a actuellement pas d'indication à un traitement de physiothérapie ou d'osthéopathie. Pas d'indication non plus bien entendu à des infiltrations péri-durales ou à une sanction chirurgicale.

[...]

En conclusion, Madame M. _____ a été en incapacité de travail à 50 % dès le 1^{er} mai 2007 et de 20 % dès juillet 2007, selon l'appréciation du Dr L. _____ (mars 2007). L'incapacité a été inférieure à 80 % au plus tard le 4 décembre 2007, selon l'appréciation du Dr C. _____ (septembre 2008), puis de 100 % dès le 18 juin 2008 et de 50 % dès le 1^{er} septembre 2008. Nous n'avons pas d'élément pour nous écarter de ces appréciations.

On constate que ce sont essentiellement les pertes d'emplois qui ont conditionné son état psychique et pas le contraire. Cela est aussi confirmé pour le dernier emploi débuté en janvier 2009. On peut considérer que l'incapacité de travail est en lien avec son état dépressif et que celui-ci est très fortement lié au contexte socio-économique.

Néanmoins, actuellement l'incapacité de travail est totale dans une activité d'infirmière, ceci depuis mars 2009. Madame M. _____ présente des troubles mnésiques qui représentent une possible cause d'erreur ce qui n'est pas acceptable dans une telle profession.

Dans un premier temps, le traitement pharmacologique doit être adapté à cette situation de dépression résistante au traitement. Nous pensons que de l'ergothérapie devrait permettre de la mobiliser un peu plus.

Dans un second temps seulement, dès la fin du premier trimestre 2011, les mesures professionnelles sous la forme d'une aide au placement pourraient être envisagées. De telles mesures sont indiquées en raison de la très forte anxiété et de sa personnalité fragile, ce qui ne lui permettra certainement pas d'affronter seule le marché de l'emploi. Il conviendra d'évaluer si un poste à responsabilité n'est pas contre-indiqué."

Dans sa réplique du 24 novembre 2010, la recourante fait valoir que les experts du CEMed retiennent que son incapacité de travail est totale depuis le 23 mars 2009 dans toute activité, en raison d'un trouble dépressif récurrent. Quant à la période antérieure au 23 mars 2009, elle s'étonne que ces mêmes experts retiennent une incapacité de travail à un taux fluctuant dès le 1^{er} mai 2007, alors qu'ils admettent l'existence d'une dépression depuis le 10 mai 2006, et rappelle que l'OAI, dans sa détermination du 5 août 2009, admettait qu'elle avait droit à une

rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} mars 2007 au 31 mars 2008. Partant, elle maintient les conclusions prises à titre subsidiaire dans son recours, soit l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2007, eu égard au fait que son état de santé ne lui permet plus un placement ou des mesures de réadaptation.

Dans sa duplique du 25 novembre 2010, l'intimé maintient sa position et se rallie aux avis médicaux du SMR des 27 septembre et 14 octobre 2010 qu'il joint en annexe. A l'aune de l'expertise du CEMed, dont elle reprend les conclusions, la Dresse B. _____ retient que l'assurée présente une aggravation de son état de santé psychique postérieurement à la décision de l'OAI du 4 novembre 2008. En complément à cet avis, elle confirme, le 14 octobre 2010, qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise CEMed laquelle se base sur les conclusions des deux précédentes expertises psychiatriques (Dr L. _____ en 2007 et Dr C. _____ en 2008). Sur le plan somatique, elle mentionne l'incapacité de travail retenue par les experts, soit entre mai 2007 et tout au plus décembre 2007, et la capacité de travail retenue par le Dr D. _____ le 4 décembre 2007, soit 60% dans une activité d'infirmière en EMS et 100% dans une activité d'infirmière en CMS. L'OAI conclut ainsi que la capacité de travail de l'intéressée est supérieure à 80% au plus tard le 4 décembre 2007, de sorte que l'assurée n'a pas droit à une rente d'invalidité.

E n d r o i t :

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'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 des assurances 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.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a 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.

c) Il en résulte que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par M. _____ contre la décision rendue le 4 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

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

b) En l'espèce, la recourante soutient qu'une rente entière d'invalidité doit lui être octroyée dès le 1^{er} mai 2007, des mesures professionnelles ne se justifiant plus eu égard à son état de santé. Elle se réfère aux conclusions de l'expertise du CEMed selon lesquelles elle présente un trouble dépressif justifiant une incapacité de travail totale depuis le 23 mars 2009. Pour la période antérieure, elle souligne que les experts admettent l'existence d'une dépression depuis le 10 mai 2006, bien qu'ils retiennent une incapacité de travail à un taux fluctuant dès le 1^{er} mai 2007, et rappelle que l'intimé admettait le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} mars 2007 au 31 mars 2008 (trois mois après l'amélioration de son état de santé). L'intimé se rallie à l'avis du SMR, lequel reprend les avis de différents experts interrogés (CEMed, Dr L. _____, Dr C. _____ et Dr D. _____); il retient une capacité de travail supérieure à 80% au plus tard le 4 décembre 2007, soit avant l'échéance du délai d'attente d'une année, et une incapacité de travail dès le 23 mars 2009, soit postérieurement à la décision contestée.

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 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; 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 quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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).

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 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 261 consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 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; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les arrêts cités; I 778/05 du 11 janvier 2007 consid. 6.1).

c) Le juge des assurances sociales 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. Lorsque 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 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 conteste médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid.5; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV no 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'ou ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_210/2010 du 7 septembre 2010 consid. 2.3; 9C_142/2008 du 16 octobre 2008 consid. 2.2).

Par ailleurs, 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). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références).

4. En l'espèce, il est incontesté que la capacité de travail de la recourante dans une activité d'infirmière est nulle depuis mars 2009. Cependant, l'incapacité reconnue est postérieure à la décision AI contestée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le présent arrêt. Est seule litigieuse la question de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée pour la période antérieure à la décision du 4 novembre 2008, élément décisif pour la détermination du degré d'invalidité et donc de la rente à laquelle la recourante peut éventuellement prétendre.

a) Sur le plan somatique, le Dr D._____, neurologue, constate dans son expertise du 4 décembre 2007, la présence de cervico-brachialgies récidivantes à prédominance gauche. La capacité de travail de la recourante est entière dans une profession sans port de charges et sans tractions sur la colonne cervicale dès décembre 2007 – soit l'activité professionnelle antérieure d'infirmière en CMS où elle n'est pas ou moins obligée de lever les patients et d'aider au transfert – et de 60% comme infirmière en EMS.

Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____, psychiatre, pose le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Au terme de son expertise psychiatrique du 28 mars 2007, il retient une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2007, de 80% dès le 1^{er} juillet 2007 au plus tard, avec une augmentation progressive selon l'évolution.

Le Dr C._____, également psychiatre, retient, le 1^{er} septembre 2008, une symptomatologie anxio-dépressive pouvant entrer dans le cadre soit d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive soit d'un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne. Il estime que l'incapacité de travail n'est effective que depuis le 19 juin 2008 et qu'une activité médico-théorique à 50% pouvait raisonnablement être envisagée dès le 1^{er} septembre 2008, précisant que l'expertisée devait chercher dans le champ de ses compétences d'infirmière, une activité beaucoup plus légère, moins soumise aux contraintes d'horaire, aux responsabilités et à des efforts physiques répétitifs.

L'expertise pluridisciplinaire établi par le CEMed le 8 septembre 2010 retient, sur le plan somatique, un épisode de cervicobrachialgies gauches en 2007, induisant des limitations fonctionnelles suivantes: pas d'engagement physique lourd (tel que porter ou transférer des patients), pas de port régulier de charges de plus de 5 à 10 kg et changements de position relativement fréquents. Les experts estiment que la capacité de travail est complète dans l'activité d'infirmière "ambulatoire", c'est-à-dire non hospitalière et respectant les limitations précitées. Sur le plan psychique, pour la période antérieure à la décision contestée, ils se rallient aux appréciations des Drs L.____ et C._____ dans la mesure où aucun élément ne justifie de s'en écarter. Ils retiennent ainsi, sur le plan somatique, une incapacité de travail transitoire de quelques mois en 2007 et, sur le plan psychique, une incapacité de travail à un taux fluctuant depuis le 1^{er} mai 2007 (cf. rapport p. 20).

La Dresse B._____ du SMR retient dans son avis du 14 octobre 2010 que sur le plan somatique, la recourante a présenté une incapacité de travail entre mai 2007 et tout au plus décembre 2007.

b) S'agissant plus particulièrement de l'expertise du CEMed, il y a lieu de constater qu'elle se fonde sur des examens complets, décrit clairement le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale. Elle contient également l'anamnèse et les plaintes de

l'expertisée, et reprend en outre les avis des précédents experts interrogés, tant sur le plan somatique que psychiatrique. L'expertise pluridisciplinaire du CEMed répond donc aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Dans ces conditions, et compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire dont le rapport, convaincant et étayé, remplit toutes les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Au demeurant, la recourante ne présente aucun élément contraire venant sérieusement remettre en cause les conclusions des experts du CEMed.

Il convient ainsi de considérer que la capacité de travail de la recourante a été réduite dès le mois de mai 2007 et qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles a été retrouvée au plus tard au mois de décembre 2007. Quant à la seconde période d'incapacité de travail débutant le 18 juin 2008, il appert qu'elle se termine par la reprise d'une activité professionnelle en janvier 2009, soit postérieurement à la décision contestée, de sorte qu'elle ne saurait être retenue dans le cadre du présent litige.

5. Cela étant, force est de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail sur une période maximale de huit mois. Elle ne remplit dès lors pas la condition de l'art. 28 al. 1 let. b LAI selon laquelle l'assuré a droit à une rente s'il présente une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne pendant une année sans interruption notable. Les incapacités de travail retenues par les experts ne permettent pas d'accorder des prestations AI sous forme de rente au moment de la décision attaquée, soit au 4 novembre 2008.

6. Il reste à examiner le droit éventuel de la recourante à des mesures de réadaptation.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant (a) que ces mesures soient nécessaires et de

nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels et (b) que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (art. 8 al. 3 let. b LAI). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Le seuil minimum pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2; 124 V 108 consid. 2b et les références).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne assurée. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I_552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I_370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TFA I 660/02 du 2 décembre 2002).

Il est admis que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au plus tard au mois de décembre 2007. A cet égard, le Dr D. _____ retient une

capacité de travail de 100% dans l'activité professionnelle antérieure d'infirmière en CMS où l'assurée n'était pas obligée de lever des patients et d'aider aux transferts. Le CEMed retient également une capacité de travail complète avec rendement plein dans l'activité d'infirmière non hospitalière.

On constate que du 1^{er} août 2000 au 10 mai 2006 - début de l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant - la recourante a travaillé en qualité d'infirmière en soins généraux au CMS de [...], soit dans l'activité adaptée selon les experts interrogés. Ainsi, dans la mesure où l'activité antérieure est adaptée et permet un rendement complet, on ne saurait reconnaître une diminution de la capacité de gain, ni que le seuil minimum de 20% de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence est atteint.

Au demeurant, en juin 2008, après deux semaines de cours de réadaptation, la recourante a pris l'initiative d'interrompre ce cours, en raison des cervico-brachialgies gauches qui ont récidivé de manière aiguë. En septembre 2008, elle a déclaré que son état de santé ne lui permettait pas de poursuivre la mesure d'aide au placement, ce qu'elle a confirmé dans son courrier du 11 octobre 2008 à l'OAI. Il y a dès lors lieu d'admettre que l'aptitude subjective de réadaptation de l'assurée faisait défaut, de sorte que l'office intimé pouvait mettre un terme à la mesure.

Partant, on ne saurait faire grief à l'OAI d'avoir mis un terme aux démarches visant à favoriser la réintégration professionnelle de la recourante.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 1000 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 250 fr. (deux cent cinquante francs) est mis à la charge de M._____.
- IV. 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 :

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne (pour M._____)
- 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 :