

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 décembre 2010

---

Présidence de       Mme    LANZ PLEINES  
Juges     :       Mme Di Ferro Demierre et M. Neu  
Greffier        :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Crissier, recourante, représentée par Me Roberto Izzo, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1951, mariée, mère de deux enfants majeurs, ressortissante espagnole au bénéfice d'un permis C, séjourne en Suisse depuis 1985. Sans formation, elle a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1985 à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_, d'abord à la buanderie et aux cuisines puis, dès 1987, en tant qu'aide-infirmière au Service de traumatologie.

Le 6 mars 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant la mise en œuvre d'une rééducation dans la même profession. Elle ajoutait souhaiter "diminuer le pourcentage de travail, en fonction des possibilités". Elle indiquait comme atteintes à la santé, des maladies de nature rhumatologique, cardiaque et métabolique. Mention était faite de radiographies des deux pieds.

Le 14 mars 2008, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle souhaiterait pouvoir travailler en tant qu'aide-infirmière à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ à 100%, par nécessité financière.

Dans un rapport d'évaluation du 2 avril 2008 faisant suite à une entrevue du même jour entre un collaborateur de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) et l'assurée, il est mentionné ce qui suit s'agissant de l'état de santé de cette dernière:

"Mme Q. \_\_\_\_\_ ressent des douleurs dans toutes les articulations. Elle souffre également de douleurs dorsales. Des blocages au côté gauche sont survenus à plusieurs reprises. Actuellement et cela depuis 3 ans elle souffre beaucoup des pieds avec irradiations des douleurs dans les chevilles. Les orteils sont déformés par l'arthrose et le cartilage du genou est abîmé. Les douleurs aux pieds la réveillent vers 2 heures du matin. Ceci est nouveau et l'amène à penser que son état se détériore. Elle porte des semelles orthopédiques. Elle transmet également que suite à cette situation elle souffre moralement. Un examen de la colonne vient d'avoir lieu chez le Dr Z. \_\_\_\_\_ à Lausanne (traumatologue).

Dans son travail elle doit soulever des malades, les déplacer à l'aide de chaise à roulettes, nettoyer les différents ustensiles et mobiliers, faire les lits. Elle travaille essentiellement en position debout et dit souffrir même en position assise. Depuis le 14 mars elle est en IT à 50% et dit avoir des difficultés à supporter son travail même à ce taux réduit. Son travail lui plaît et elle souhaite le conserver.

[...]

Depuis son IT elle travaille en principe le matin. L'après-midi elle se repose. Elle rencontre des difficultés à faire son ménage mais essaye de le faire une fois par semaine.

[...]"

Un entretien a eu lieu le 10 avril 2008 entre un collaborateur de l'OAI, deux représentants de l'employeur et l'assurée. La question du temps de travail est évoquée et le service a émis le souhait que l'assurée accomplisse un taux de 50%, un jour sur deux de manière à ce qu'elle puisse conserver son poste à long terme. Cette solution a semblé convenir à l'assurée.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 18 avril 2008, l'office du personnel de l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait à son service depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1985 en tant qu'employée d'hôpital pour un salaire annuel brut de 56'284 fr. depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, correspondant à un taux d'activité de 100%.

Dans un avis médical SMR du 28 mai 2008, le Dr W. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, a écrit ce qui suit:

"Cette assurée de 57 ans, sans formation, travaille comme aide-infirmière en traumatologie à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ depuis 1987. Elle souffre de problèmes ostéo-articulaires (toutes les articulations sont douloureuses), particulièrement au niveau des 2 pieds, où il existe des troubles statiques et dégénératifs pour lesquels elle bénéficie de supports plantaires. Elle souffre aussi de lombalgies sur troubles dégénératifs, notamment une discarthrose sévère L5-S1. Son activité lourde d'aide-infirmière n'est plus adaptée."

Le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs, depuis le 15 mars 2008. Il a estimé que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle dès cette date, mais qu'elle était en revanche de 100%

dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant le port de charges supérieures à 15 kg, les positions en porte-à-faux, la station debout prolongée ainsi que la marche.

D'une fiche d'entretien avec l'assuré ou à son sujet du 20 juin 2008, il ressort que l'assurée a informé l'OAI avoir été victime d'un accident de travail le 10 [recte: 15] avril précédent. Elle est tombée dans la douche ce qui a provoqué une luxation de l'épaule. Elle repris le travail à 50% depuis le début du mois de juin.

Par projet de décision du 18 août 2008, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles. Il a retenu pour l'essentiel ce qui suit:

- après étude du dossier, il ressort que médicalement l'assurée présente une capacité de travail résiduelle de 50% dans son activité habituelle, mais qu'en revanche, dans des activités adaptées à son état de santé, c'est-à-dire sans port de charges de plus de 15 kg, sans porte-à-faux, sans station debout prolongée et sans longue marche, la capacité de travail est de 100% depuis mars 2008,

- s'agissant du gain d'invalidé, le salaire de référence est en l'occurrence celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, 4'019 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA 1; niveau de qualification 4),

- comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'189 fr. 81, soit un salaire annuel de 50'277 fr. 69,

- après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 3,67%; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de 52'139 fr. 53,

- le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Compte tenu des limitations fonctionnelles reconnues à l'assurée, l'OAI a considéré qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé était justifié, de sorte que celui-ci s'élève à 44'318 fr. 60,

- sans atteinte à la santé, l'assurée percevrait dans son activité d'aide-infirmière en traumatologie à l'Hôpital N. \_\_\_\_\_ un salaire annuel brut de 67'102 fr. à 100%,

- la perte de gain s'établit à 22'783 fr. 40, soit un degré d'invalidité de 34%.

Par pli séparé du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assurée que, d'après ses constatations, il n'y avait pas de mesure de réadaptation d'ordre professionnel possible susceptible de réduire le préjudice économique subi. En revanche, il serait envisageable d'octroyer une aide au placement, de manière à aider l'assurée dans ses recherches d'un emploi adapté à son état de santé. L'intéressée était invitée à se manifester si elle entendait bénéficier de cette prestation.

Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Roberto Izzo, l'assurée a contesté le projet de décision par pli du 18 septembre 2008. Elle critique la capacité de travail de 100% dans une activité réputée adaptée à ses limitations, exposant qu'après avoir exercé pendant de nombreuses années l'activité d'aide-infirmière, laquelle implique une pénibilité importante au niveau physique, son état de santé ne s'est pas amélioré, puisque l'arthrose progresse, provoquant des douleurs quelle que soit la position adoptée. Par ailleurs, elle constate que ni le rapport du

Dr Z.\_\_\_\_\_, ni le rapport du Dr D.\_\_\_\_\_, ne figurent au dossier, de sorte que c'est uniquement sur la base de l'avis du SMR, au demeurant contesté, que l'OAI s'est fondé pour rendre son projet de décision. L'assurée demande donc que l'instruction soit complétée, le projet de décision du 18 août 2008 devant quant à lui être annulé.

Faisant suite à la demande que l'OAI lui a adressée, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu son rapport le 5 novembre 2008. Il y pose les diagnostics de lombalgies chroniques avec épisodes récidivants de lumbago dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs étagés sous la forme d'une scoliose sinistro-convexe, centrée sur L2-L3, associés à une spondylose étagée et des discopathies, essentiellement présentes au niveau D12-L1, L2-L3, L3-L4 et L4-L5; discarthrose sévère de l'étage L5-S1 sur antéversion pelvienne augmentée; coxarthrose engainante bilatérale à prédominance gauche; gonarthrose externe droite débutante; douleurs plantaires bilatérales évoluant depuis 2004 dans le contexte d'un hallux rigidus débutant avec métatarsalgies de transfert et déformation en griffe partiellement fixée au deuxième orteil, à prédominance gauche; fasciite plantaire bilatérale à prédominance gauche; surcharge pondérale. Il considère que l'activité d'aide-infirmière peut encore être exercée à un taux de 25 à 50%, le rendement étant toutefois réduit dans la même proportion en raison des limitations fonctionnelles douloureuses (rachialgies essentiellement localisées en région lombaire inférieure, de douleurs pelvi-crurales antérieures sur la coxarthrose bilatérale, au bord externe du genou droit et à la face plantaire des deux pieds). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ estime enfin que l'on ne peut s'attendre ni à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, a notamment posé les diagnostics d'ostéonécrose importante du condyle fémoral interne droit, troubles dégénératifs fémoro-rotuliens; dorso-lombalgies chroniques sur spondylo-discarthroses diffuses; fortes cervicalgies sur cervicarthrose et

discopathie C5-C6; status après entorse du genou gauche le 3 décembre 2002, persistance des douleurs; coxalgie gauche existant depuis mars 2008; hallux rigidus débutant bilatéral; status après contusion de l'épaule gauche et du genou droit le 15 avril 2008; talalgies droites existant depuis octobre 2008; extrasystolie ventriculaire fréquente, tachycardie ventriculaire, épreuve d'effort positive; état dépressif. Il évalue à 50% la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité, le rendement étant réduit à 50%, en raison de la réapparition de douleurs invalidantes après un travail trop physique. Ni la reprise d'une activité professionnelle, ni une amélioration de la capacité de travail ne sont envisageables actuellement. Le Dr D.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Se déterminant le 17 février 2009 sur les rapports médicaux au dossier, en particulier ceux du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du Dr D.\_\_\_\_\_, l'assurée a constaté que ces médecins concluaient unanimement à une perte de capacité de travail de 50% au moins, voire 75% pour le Dr Z.\_\_\_\_\_. Elle souligne en outre que le Dr Z.\_\_\_\_\_ parvient à la conclusion qu'elle est limitée dans les efforts en flexion/extension des articulations portantes aux membres inférieurs et par son rachis, siège de troubles statiques et dégénératifs susceptibles de décompensation douloureuse en cas de maintien prolongé de la position debout, de port de charges ou d'efforts de manutention, même légère. Les deux praticiens se rejoignent par ailleurs sur le fait qu'il n'y a pas d'amélioration possible. Ces deux rapports médicaux sont donc en contradiction avec le rapport du SMR sur lequel se fonde le projet de décision. L'assurée réitère les arguments développés dans sa correspondance du 18 septembre 2008 et sollicite en conséquence l'octroi d'une rente d'invalidité.

Dans un avis médical SMR du 27 février 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes:

"Les rapports des Dr D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ rapportent une CT de 50% à un poste de travail qui semble adapté. Ils ne contredisent pas l'appréciation de l'exigibilité du rapport d'examen SMR de mai 2008 bien au contraire. Aucune aggravation n'est signalée hormis la chute d'avril 2008 qui aurait entraîné une IT de 100% de courte durée.

Il convient cependant d'étendre les limitations fonctionnelles comme suit (Dr Z. \_\_\_\_\_ 05/11/2008 et Dr M. \_\_\_\_\_ SMR): activité permettant l'alternance des positions ou en position assise avec usage d'une selle ergonomique, pas de travail à genou ou en gèneuflexion, pas de manipulations répétées de charges de plus de 5 kg, pas de travail les coudes au dessus du plan des épaules, pas d'escalier avec port de charge.

Dans une telle activité la CT est entière sans baisse de rendement depuis toujours.

Le 9 mars 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 18 août 2008. Cette décision était accompagnée d'une lettre du même jour prenant position sur les objections de l'assurée.

**B.** Par acte du 14 avril 2009, Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est octroyée rétroactivement au jour du dépôt de la demande de prestations AI, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction. Elle soutient pour l'essentiel que, en présence de rapports médicaux contradictoires, l'OAI aurait dû exposer pour quels motifs il entendait s'écarter des conclusions des Drs D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ et se fonder exclusivement sur les conclusions du SMR. Il lui appartenait de discuter l'ensemble des preuves à sa disposition et indiquer, le cas échéant, les raisons qui l'ont conduit à retenir une thèse médicale plutôt qu'une autre, en ce qui concerne la capacité de travail. Sur le fond, la recourante soutient que son état de santé ne lui permet plus d'exercer son activité d'aide-infirmière à plein temps, le taux de travail exigible se situant entre 25 et 50% selon les Drs D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_. Elle relève que les troubles dégénératifs dont elle souffre sont de nature à diminuer sa capacité de travail. Un état dépressif a de surcroît été diagnostiqué, ce qui a pour conséquence d'accentuer le risque d'une péjoration de son état de santé et, de ce fait, réduire encore sa capacité de travail. La recourante souligne enfin les lacunes dans l'instruction de la demande. Elle indique qu'à la date à laquelle le projet de décision a été rendu, le 18 août 2008, l'OAI n'était pas en possession des rapports qu'il avait lui-même sollicités auprès du Dr D. \_\_\_\_\_ et de son employeur. Elle en déduit que l'OAI s'était

vraisemblablement forgé un avis sur son cas dès le 28 mai 2008, date à laquelle le SMR a établi son avis et qu'aucun argument n'eût été possible d'infléchir. Elle en conclut que sa demande n'a pas été instruite de manière satisfaisante et sollicite par conséquent la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante visant à déterminer les troubles actuels dont elle souffre et sa capacité de travail, tant sur le plan physique que psychiatrique.

Dans sa réponse du 6 juillet 2009, l'OAI a indiqué que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position. Il propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il estime que la capacité de travail de la recourante est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'OAI indique en outre qu'il existe des activités adaptées aux limitations fonctionnelles présentées par la recourante. De l'avis du conseiller en réadaptation, elle pourrait notamment exercer une activité de montage sur établi dans la petite mécanique, de surveillance d'un processus de production, d'ouvrière dans le conditionnement léger ou de stérilisation d'instruments médicaux dans un hôpital. Etais joint un avis médical du SMR du 18 juin 2009, auquel l'OAI déclarait se rallier. Dans cet avis, le Dr W.\_\_\_\_\_ indiquait notamment ce qui suit:

"[...]

Contrairement aux affirmations figurant dans l'acte de recours, les conclusions du SMR ne s'écartent pas des conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, puisque ceux-ci ne se sont jamais prononcés sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Notre appréciation de l'exigibilité dans une activité adaptée est médico-théorique. Pour tenir compte concrètement des limitations fonctionnelles, l'OAI aurait dû les traduire en termes de métiers afin de s'assurer qu'une ou des activité(s) adaptée(s) existe(nt) et baser son calcul du préjudice économique sur une activité concrète.

Si la justification médicale de cette pleine capacité de travail dans une activité adaptée devait sembler insuffisante aux yeux du Tribunal malgré les motivations susmentionnées, il pourrait être utile de mandater un expert rhumatologue pour établir cette capacité sur des données cliniques objectives. Toutes les atteintes à la santé se répercutant sur la capacité de travail touchent l'appareil locomoteur, raison pour laquelle le spécialiste le mieux à même de se prononcer

sur ces atteintes est certainement un rhumatologue. Nous ne voyons aucun motif à une expertise impliquant d'autres disciplines, en particulier la psychiatrie. D'ailleurs la recourante ne revendique aucune limitation fonctionnelle psychiatrique ni ne relève de problèmes de cet ordre dans ce qui est qualifié de lacunes dans l'instruction. On ne voit pas quelle pourrait être la justification à une expertise psychiatrique".

Dans sa réplique du 17 septembre 2009, la recourante a relevé que le SMR avait conclu par défaut à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée ceci, en l'absence de tous autres éléments médicalement établis sur la base de l'expérience clinique des médecins du SMR. Par ailleurs, il semble que le SMR n'est guère convaincu lui-même de son argumentation puisqu'il préconise l'avis d'un expert rhumatologue pour établir la capacité de travail sur la base de données cliniques objectives. De l'avis de la recourante, l'OAI ne saurait donc soutenir qu'il existe une capacité de travail intacte dans le cadre d'une activité adaptée, cette assertion n'étant motivée par aucun élément probant ou avis médical circonstancié. La recourante réitère la mise en œuvre d'une expertise médicale visant à déterminer les troubles dont elle souffre, tant sur le plan physique que psychique, dès lors que l'influence de son état dépressif sur sa capacité de travail ne peut être exclue. Elle a joint deux correspondances, l'une du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 19 août 2009 et la seconde du Dr D. \_\_\_\_\_, du 6 septembre 2009, puisque le SMR leur reproche de ne pas s'être prononcé sur la capacité de travail. Elle requiert par ailleurs l'audition de ces deux médecins.

Le Dr Z. \_\_\_\_\_ confirme que la recourante présente une capacité de travail de 50% comme aide-infirmière, au regard de ses limitations fonctionnelles affectant sa colonne vertébrale, siège de troubles statiques et dégénératifs, ses deux hanches, le genou droit et les deux avant-pieds. Compte tenu des restrictions déjà évoquées (fréquents changements de position, efforts de déflexion lors du changement de la position assise à debout, à la déambulation et au port de charges), le Dr Z. \_\_\_\_\_ avoue qu'il n'est pas en mesure de décrire avec plus de précision une activité adaptée, susceptible d'occuper la recourante à un taux de 100% sur le marché du travail actuel.

Pour sa part, le Dr D.\_\_\_\_\_ estime avoir été suffisamment clair en rédigeant son rapport à l'attention de l'OAI. Pour le surplus, il indique avoir convenu avec l'Hôpital N.\_\_\_\_\_ un taux d'activité de 60%, ce taux étant qualifié par ce médecin de "limite", dès lors qu'un taux supérieur lui paraît voué à l'échec et se traduira par un absentéisme plus marqué, consécutif à l'exacerbation des douleurs.

Dupliquant le 6 octobre 2009, l'OAI a fait savoir que les nouveaux arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision qu'il ne pouvait dès lors que confirmer. Un avis médical du SMR du 29 septembre 2009 était en outre joint, auquel l'OAI déclarait se rallier entièrement. Le Dr W.\_\_\_\_\_ y relève que le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne conteste pas l'appréciation médico-théorique d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. Il n'appartient en outre pas au médecin de déterminer un éventail d'activités adaptées, mais au conseiller en réadaptation, de sorte qu'il n'est pas surprenant que le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne se soit pas prononcé sur le type d'activités exigibles. Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il n'a manifestement pas saisi la différence entre l'activité habituelle et une activité adaptée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ ne voit en effet pas où, dans le rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2009, le Dr D.\_\_\_\_\_ se serait prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée. Le Dr W.\_\_\_\_\_ maintient donc qu'aucun de ces deux praticiens ne s'est prononcé sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

Le 3 novembre 2009, la recourante a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le 22 février 2010, la recourante a fait savoir que par courrier du 15 janvier précédent, son employeur avait été amené à réduire son taux d'activité de 100% à 60% à compter du 1<sup>er</sup> février 2010. En outre, par décision du 12 février 2010, la Caisse de pensions P.\_\_\_\_\_ a alloué à la recourante une pension d'invalidité partielle de 40% à compter du 1<sup>er</sup> février 2010. La recourante déduit de ce qui précède qu'elle présente une invalidité permanente à tout le moins de 40%.

Invité à se déterminer, l'OAI a indiqué le 22 avril 2010 que les arguments développés par la recourante n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Dans un avis médical du 19 avril 2010 joint à cette écriture, le Dr W.\_\_\_\_\_ a rappelé que l'OAI n'était pas lié par les décisions prises par les employeurs ou d'autres institutions d'assurances. Il souligne en outre qu'une rente de l'assurance-invalidité est calculée en fonction du préjudice économique entre le revenu sans invalidité et le revenu réalisable dans une activité adaptée raisonnablement exigible. Or, la capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas été établie, de sorte que le revenu réalisable n'est pas déterminé, d'où l'impossibilité de calculer le préjudice économique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions tendant à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

**C.** Par ordonnance du 18 février 2010, le juge instructeur a désigné le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, en qualité d'expert. Etait joint le questionnaire du tribunal auquel il devait répondre.

Le 26 mars 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport. Celui-ci comprend une anamnèse, incluant une anamnèse socio-professionnelle, les antécédents personnels, une anamnèse actuelle, une anamnèse familiale, les habitudes, une anamnèse systématique (pp. 2-6), la description des plaintes et données subjectives de l'assurée (pp. 6-7), le compte-rendu de l'examen clinique, comprenant les examens complémentaires (pp. 8-10), les diagnostics (pp. 10-11), une appréciation du cas ainsi qu'un pronostic (pp. 11-13) et les réponses au questionnaire (pp. 13-15).

Le Dr F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Cervico-dorso-lombalgies chroniques

- o Troubles dégénératifs sévères étagés cervico-lombaires au niveau cervical prédominant en C5 et au niveau lombaire de L3 à S1
- o Scoliose à convexité gauche lombaire
- o Antélisthésis de L4/L5 de grade I
- Gonarthrose bilatérale débutante à la fois au niveau du compartiment interne et au niveau fémoro-patellaire des deux côtés
- Coxarthrose bilatérale engainante avec périarthrites de hanche bilatérales
- Podalgies bilatérales liées à un hallux rigidus et à des déformations en griffes des 2<sup>ème</sup> orteils avec fasciites plantaires bilatérales
- Lympho-lipoedème des membres inférieurs

Sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu les diagnostics suivants:

- Diabète de type II non insulino-requérant
- Obésité de classe II
- Hypercholestérolémie traitée
- Etat dépressif anamnestique
- Status après cures de tunnels carpiens droit en 1999 et gauche en 2007
- Status après contusions au niveau de l'épaule gauche et au niveau du genou gauche en janvier 2010
- Extrasystolies ventriculaires

De la section intitulée "Appréciation du cas et pronostic", on extrait ce qui suit:

"[...]

Objectivement, nous sommes en présence d'une assurée déconditionnée physiquement, présentant un habitus endomorphe avec obésité de classe II. En ce qui concerne l'examen de médecine interne, hormis cette obésité, on constate une auscultation cardio-pulmonaire physiologique. L'examen clinique ostéo-articulaire révèle au niveau rachidien, un syndrome rachidien de cervico-dorso-lombaire avec une restriction particulièrement au niveau lombaire en flexion et en extension ainsi que lors de la mobilité latérale, il y a également une certaine restriction de la mobilité cervicale. Enfin au niveau des articulations périphériques, on constate au niveau des hanches, l'existence d'une restriction, notamment en rotation interne associée à des signes de périarthrites des deux hanches, et au niveau des genoux une restriction de la flexion, avec un modelé arthrosique, et des signes d'éventuelle atteinte méniscale interne bilatérale. Au niveau des pieds et des chevilles, on constate des troubles statiques avec platypodie, et des hallux rigidus et des orteils en griffe au niveau du deuxième orteil. Enfin, l'examen neurologique peut être considéré comme dans la norme.

Ces constatations cliniques sont bien corrélées au bilan radiologique qui a été réalisé en particulier en 2007 et en 2008 ainsi que sur les clichés réalisés en 2010 qui objectivent ainsi d'importants troubles dégénératifs rachidiens au niveau cervical et dorsal parallèlement à des troubles statiques indéniables avec scoliose en S dorsolombaire. Il y a également au niveau des genoux une gonarthrose débutante bilatérale à la fois fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire et enfin de troubles statiques et dégénératifs au niveau des premiers orteils parallèlement à des éperons calcanéens.

Pour ce qui est de la radiographie de l'épaule gauche, celle-ci est actuellement sans particularité, hormis une légère sclérose du trochiter.

En conclusion, on peut estimer les limitations fonctionnelles suivantes qui découlent de son atteinte à la santé:

Limitations dans sa capacité de soulever et porter des charges de plus de 10 kilos

Limitations dans sa capacité de demeurer dans des positions statiques debout ou assise plus de 20 minutes avec la possibilité de pouvoir alterner les positions debout et assis.

Limitations dans sa capacité d'effectuer des activités en porte-à-faux avec le rachis lombaire.

Limitations fonctionnelles dans sa capacité de marcher de manière prolongée plus de 1000 m d'affilée, limitations pour descendre et monter les escaliers et pour demeurer dans des positions statiques accroupie ou agenouillée.

## **6.- Réponses à votre questionnaire**

[...]

6. D'un point de vue médical, les limitations fonctionnelles sont-elles de nature à empêcher l'activité professionnelle d'aide-infirmière (non qualifiée) de la recourante totalement ou partiellement ?

D'un point de vue médical somatique (domaine de compétence de l'expert), sur la base des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, on peut retenir une incapacité de travail de 50% en tant qu'aide-infirmière, activité qui ne répond pas aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus, qui ne pourrait tout au plus être réalisée qu'à un taux de 50% d'un taux contractuel de 100%.

7. En cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

A un taux de 50% en raison en particulier de l'atteinte à la santé au niveau du rachis cervical, du rachis lombaire, au niveau des deux hanches, au niveau des deux genoux, au niveau des deux pieds et cela depuis le mois d'avril 2008, date à laquelle l'assurée avait été mise au bénéfice d'une incapacité de travail à 100%.

8. D'un point de vue médical, quelles sont les activités adaptées à l'état physique ?

L'assurée pourrait mettre en valeur une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, comme une activité d'accueil

(hôtesse d'accueil à l'hôpital) ou de contrôle (employée en télésurveillance).

9. En cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand ?

Dans une activité adaptée, comme une activité d'accueil et de contrôle, l'assurée n'aurait malgré tout pas une capacité de travail complète, cette capacité de travail exigible (exigibilité) ne pourrait pas excéder 70% en raison de la sévérité de son atteinte à la santé décrite précédemment et cela depuis le mois d'avril 2008.

10. Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative ?

Manifestement non, puisque toutes les mesures médicales raisonnablement possibles ont déjà été entreprises jusqu'à présent. Il paraît peu vraisemblable que des mesures visant une perte pondérale puissent permettre à l'assurée d'augmenter encore sa capacité de travail et cela même dans une activité adaptée, au vu de la sévérité de ses atteintes structurelles ostéo-articulaires objectivées au niveau radiologique. Comme indiqué ci-dessus, on pourrait estimer que l'assurée pourrait mettre en valeur une capacité résiduelle exigible de 70% dans une activité adaptée respectant des limitations fonctionnelles décrites ci-dessus comme une activité d'accueil ou de contrôle.

11. D'un point de vue médical, peut-on raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle se soumette à des mesures d'ordre professionnel de nature à diminuer son incapacité de travail ?

Non, l'assurée aura 59 ans en mai 2010, elle ne bénéficie d'aucune formation professionnelle préalable, de telles mesures ne devraient pas permettre une augmentation de sa capacité de travail.

12. Quel est votre pronostic ?

L'état de l'assurée est-il susceptible d'amélioration, à quelles conditions; au contraire, cet état est-il stationnaire ou risque-t-il de se péjorer ?

Actuellement, il paraît peu vraisemblable que l'état de l'assurée soit susceptible d'une amélioration. Il s'agit donc d'un état stationnaire qui risque plutôt de se péjorer en raison du processus physiologique de vieillissement au niveau articulaire.

[...]

17. Y a-t-il des activités professionnelles à exclure ?

Toutes les activités lourdes nécessitant des ports et des soulèvements de charges, qui ne permettraient pas d'alterner les positions, et qui doivent être réalisées en position de porte-à-faux, sont à exclure.

18. Y a-t-il une diminution de rendement ?

Oui, cette baisse de rendement a déjà été intégrée dans l'estimation de sa capacité de travail y compris dans sa capacité de travail adaptée (exigibilité).

19. Dans l'hypothèse où il subsisterait une capacité de travail, pouvez-vous décrire une activité adaptée à l'invalidité ? Si tel n'est pas le cas, pour quelle raison ?

Voir ci-dessus où sont décrites des activités adaptées à l'invalidité comme des activités de contrôle (télésurveillance) et d'accueil (hôtesse d'accueil).

20. En fonction des expertises médicales déjà effectuées, pouvez-vous indiquer les raisons pour lesquelles vous vous distanciez de leurs conclusions ou, à l'inverse, les raisons pour lesquelles vous vous ralliez à l'opinion de l'une plutôt qu'à celle de l'autre ?

Mme Q.\_\_\_\_\_ n'a pas encore subi d'expertise médicale, cette expertise a été sollicitée afin de « faire la part des choses » suite à une décision négative quant à l'octroi d'une rente AI par l'Office AI du Canton de Vaud. Toujours est-il, mon opinion rejoint globalement celle du Dr Z.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, qui avait estimé que l'assurée n'était plus en mesure [de] réaliser une activité d'aide infirmière à temps complet.

21. Si d'autres atteintes à la santé de la recourante sont constatées, hormis les atteintes rhumatologiques, dans quelle mesure celles-ci influencent-elles votre diagnostic et la capacité de travail de la recourante ?

N'étant que spécialiste en rhumatologie, je ne puis me prononcer de manière pertinente qu'en ce qui concerne son atteinte ostéo-articulaire. Toujours est-il, l'assurée souffre d'une comorbidité de médecine interne à savoir un diabète de type II qui est compensé et d'une tendance aux extrasystoles ventriculaires, il n'y aurait toutefois pas de répercussions fonctionnelles de ces deux entités nosologiques, puisque actuellement la situation quant à son diabète semble tout à fait contrôlée (glycémie inférieure au 7 mmol/l), en outre l'assurée dispose d'un traitement de bêtabloqueurs et d'un suivi cardiologique régulier auprès du Dr D.\_\_\_\_\_. Pour ce qui est d'une éventuelle atteinte à la santé psychiatrique, n'étant moi-même pas psychiatre, je ne peux pas statuer mais l'assurée déclare qu'elle n'a jamais eu de suivi psychiatrique et qu'on lui a uniquement prescrit un traitement antidépresseur."

Les parties ont été invitées à se déterminer.

Le 4 mai 2010, l'OAI a indiqué qu'à son avis, le rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ bénéficiait d'une pleine valeur probante et qu'il y avait par conséquent lieu de retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois

d'avril 2008. L'OAI s'est ainsi rallié à l'avis médical du SMR du 30 avril 2010 joint à son écriture. L'OAI a par ailleurs précisé que l'éventuel droit à une rente prendrait naissance au mois d'avril 2009 seulement, compte tenu du délai d'attente d'une année, soit postérieurement à la date de la décision attaquée, le 9 mars 2009. Il conviendrait dès lors de rendre une nouvelle décision.

Le 11 octobre 2010, la recourante a souligné que le taux de 70% avancé par l'expert correspondait en réalité à un plafond. Elle s'est en effet retrouvée en incapacité de travail de façon intermittente dès 2007, à des taux variant de 100 à 50%. Dernièrement, elle a pu recommencer à travailler à un taux n'excédant pas 60%. Il faut donc en conclure que sa capacité de travail ne saurait excéder ce taux, d'autant plus que la Caisse de pensions P. \_\_\_\_\_ a pris ce taux comme référence pour ouvrir un droit aux prestations, à hauteur de 40%. En outre, elle allègue souffrir de troubles à caractère dégénératif, de sorte que son état de santé risque de s'aggraver. Elle estime en outre qu'il n'y a pas lieu de rendre une nouvelle décision administrative, car ce serait vider de son sens tout recours chaque fois qu'une expertise judiciaire est ordonnée, puisque de prétendus faits nouveaux pourraient être invoqués. Or, il n'y a, selon elle, pas de faits nouveaux puisque l'expert s'est référé aux pièces médicales qui existaient déjà en 2007 et 2008 (rapports des Drs D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_). En conséquence, la recourante confirme dans leur intégralité les conclusions de son recours.

### **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 réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; 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), 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).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 14 avril 2009 par Q. \_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 9 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Ce recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 4 let. a LPGA) et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**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 p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**3.** Aux termes de l'art. 8 al. 1 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). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

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.

Selon 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.

**4. a)** 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 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 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitants de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation

de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, 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'un 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_191/2008 du 24 novembre 2008 consid. 5.2.2; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

**b)** Il sied enfin de rappeler que seuls les faits antérieurs à la décision attaquée doivent être pris en considération. 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 et les arrêts cités; TF 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008 consid. 2.2).

**5.** En l'espèce, la décision litigieuse date du 9 mars 2009. A cette date, l'OAI disposait, outre quelques pièces médicales versées au dossier constitué, des rapports médicaux demandés aux Drs Z.\_\_\_\_\_ (rapport médical 5 novembre 2008) et au Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant (rapport

médical du 1<sup>er</sup> février 2009). Il y a lieu de relever que les diagnostics posés par ces deux praticiens sont largement superposables. Il en va d'ailleurs de même de ceux retenus par l'expert F.\_\_\_\_\_. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ décrit avec précision les limitations fonctionnelles de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_ ayant même étendu ces limitations dans son avis du 27 février 2009, sans d'ailleurs remettre en cause celles reconnues par son confrère. Le Dr D.\_\_\_\_\_ et le Dr Z.\_\_\_\_\_ retiennent tous deux une capacité de travail de 50% au maximum dans l'activité d'aide-infirmière, ce dont l'OAI ne disconvient pas. Force est cependant de constater que ni le Dr D.\_\_\_\_\_, ni le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne se sont prononcés sur la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations. En l'absence de données médicales probantes sur ce point, l'OAI a ainsi évalué la capacité de travail exigible à 100% dès le mois de mars 2008, ce que ni le Dr Z.\_\_\_\_\_, ni le Dr D.\_\_\_\_\_ n'ont contesté dans leurs avis, respectivement du 19 août 2009 et 6 septembre 2009.

Cela étant, chacune des deux parties a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante, requête à laquelle le juge instructeur a fait droit. Dans son rapport du 26 mars 2010, l'expert F.\_\_\_\_\_ a confirmé que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, alors qu'il a retenu une capacité de travail de 70% dès le mois d'avril 2008 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles reconnues, lesquelles rejoignent celles reconnues par le Dr Z.\_\_\_\_\_ et le SMR.

La recourante soutient que le taux de 70% retenu par l'expert représente un taux maximal, dès lors qu'elle s'est retrouvée en incapacité de travail de façon intermittente dès 2007 à des taux variant de 100 à 50%. Elle perd cependant de vue que ce taux de 70% vaut pour une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et non pour son activité habituelle, pour laquelle un taux de 50% a été reconnu par l'expert F.\_\_\_\_\_. Ce taux rejoint ainsi celui retenu par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, la recourante ne s'est pas opposée à exercer son activité au taux de 60%, dès le 1<sup>er</sup> février 2010. Elle ne saurait toutefois en déduire une perte de gain de 40%, puisque celle-ci résulte, dans le droit

de l'assurance-invalidité, d'une comparaison entre le gain perçu dans l'activité habituelle (salaire sans invalidité) et celui résultant de l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (salaire d'invalidé).

De plus, la recourante fait valoir que les troubles dégénératifs dont elle souffre ont une incidence sur sa capacité de travail. A cet égard, l'expert ne dit pas autre chose puisqu'il souligne qu'une amélioration de l'état de santé de l'assurée lui paraît peu vraisemblable, précisant qu'il s'agit d'un état stationnaire qui risque plutôt de se péjorer en raison du processus physiologique de vieillissement au niveau articulaire. En outre, les conséquences de l'accident survenu le 2 mai 2010, soit plus d'une année après la décision querellée, sont à l'évidence sans pertinence pour évaluer l'invalidité au moment où l'OAI s'est prononcé (cf. supra consid. 4b). On relèvera également que la recourante ne produit aucun certificat médical, attestant d'une éventuelle aggravation de son état. Quant au volet psychiatrique, l'expert indique que la recourante n'a jamais été suivie et qu'elle est au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur, ce qu'elle ne conteste pas.

Sur la base de l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_, laquelle satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. supra consid. 4a) pour avoir pleine valeur probante, ce qui n'est du reste contesté par aucune des parties, il y a lieu de reconnaître que la recourante présente une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'aide-infirmière et de 70% dans une activité adaptée ce, depuis avril 2008, date à laquelle la recourante a fait une chute ayant entraîné une incapacité de travail d'environ un mois et demi. Le droit à une éventuelle rente d'invalidité prend donc naissance au plus tôt au mois d'avril 2009 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit postérieurement à la date de la décision entreprise (9 mars 2009).

Il découle de ce qui précède que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité n'est pas ouvert au moment où l'OAI a statué, le taux d'invalidité retenu dans la décision attaquée étant inférieur au seuil de 40%. Il n'y a du reste pas d'élément médical permettant de remettre en

cause l'appréciation médicale et économique de l'OAI. Partant, le recours doit être rejeté et la décision rendue par l'OAI le 9 mars 2009 confirmée.

En revanche, il sied de retourner le dossier à l'OAI afin qu'il poursuive l'instruction pour la période postérieure à la décision querellée, sur la base des taux de capacité retenus par l'expert dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée et que l'OAI ne conteste pas (cf. déterminations du 4 mai 2010). Il lui appartiendra ainsi de déterminer les revenus avec et sans invalidité et de calculer le taux d'invalidité en découlant en fonction de la perte de gain subie par la recourante. En effet, il convient de rappeler que l'invalidité étant une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF 110 V 273 consid. 4a et la référence; cf. aussi ATF 114 V 310 consid. 3c; par analogie RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b), le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, car ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer; la détermination du taux d'invalidité ne saurait ainsi reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré, car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé, ce qui n'est pas admissible (ATF 114 V 281 consid. 1c p. 283 et 310 consid. 3c p. 314).

Ainsi, contrairement à ce que prétend la recourante, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ne vide pas de son sens tout recours devant la juridiction de céans. En l'occurrence, c'est bien plutôt la naissance du droit à une éventuelle rente d'invalidité postérieurement à la décision attaquée qui nécessite une nouvelle décision, l'objet de la contestation étant circonscrit par la décision litigieuse (cf. TF 8C\_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 3.2 et la référence).

**6.** Il reste à statuer sur les frais et les 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; 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 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, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 9 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
  
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Roberto Izzo, avocat (pour Q. \_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier :