

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Bonard, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Mirko Giorgini, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8, 16 LPGA; 28 al. 2 LAI; 93 al. 1 let. a LPA-VD

E n f a i t :

A. P._____, de nationalité portugaise, est née le 4 mars 1971. Elle a suivi l'école obligatoire dans son pays d'origine. L'assurée ne dispose d'aucune formation professionnelle. Elle est arrivée en Suisse au début du mois de novembre 1993. Dès le 1^{er} août 2001, elle a travaillé comme aide-infirmière à 80 %.

B. a) P._____ a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), le 29 mars 2005. Elle a requis des mesures d'ordre professionnel ou l'octroi d'une rente. L'assurée a fait état d'une incapacité de travail pour cause de maladie. Elle a déclaré souffrir d'une tumeur au bas du dos, de malformations de la colonne vertébrale, d'un blocage de la jambe gauche en raison de la tumeur et de poliomyélite à la jambe droite. L'assurée se trouvait en incapacité de travailler depuis le 12 mars 2004.

Selon les informations fournies par l'ancien employeur de l'assurée, celle-ci travaillait quatre jours par semaine, à concurrence de 8 heures 30 par jour, pour un salaire mensuel brut de 2'856 francs.

Dans un complément à la demande de prestations de l'AI, rempli le 29 avril 2005, P._____ a indiqué qu'en en bonne santé, elle aurait travaillé en qualité d'aide-infirmière à 80 %, par nécessité financière.

Selon un rapport d'enquête économique du 17 juillet 2006, l'assurée présentait un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. P._____ avait déclaré qu'elle souhaitait conserver une journée de libre par semaine, afin de se reposer, en raison de la lourdeur de son activité professionnelle. Elle avait ajouté que le salaire d'aide-infirmière à 80 % correspondait quasiment à celui qu'elle percevait auparavant, en travaillant à plein temps comme employée de cafétéria.

b) L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) ayant rejeté la demande de prestations de l'assurée par décision du 5 avril 2007, celle-ci a été confirmée par jugement du 6 mai 2008 du Tribunal des assurances, rendu sur recours de P._____. Ce jugement retient ce qui suit :

"En fait :

(...)

L'assurée a suivi plusieurs examens médicaux dès le début de son incapacité de travail. Dans un rapport du 2 juin 2004, faisant suite à une consultation du 28 mai précédent, la Dresse M._____, chef de clinique et neurochirurgien au [...], constate que la patiente souffre de séquelles de poliomyélite au membre inférieur D avec une amyotrophie relative de ce membre à prédominance distale et qu'elle présente depuis 1997 des lombosciatalgies G devenant de plus en plus fréquentes. La Dresse M._____ note par ailleurs une <<lésion nodulaire localisée dans le segment postéro-latéral D du canal rachidien en position extramédullaire et intradurale à la hauteur du corps vertébral L3 iso-intense T1 et T2 par rapport au cordon médullaire et prenant fortement le contraste dans les séquences injectées et une possible moelle basse fixée>>.

A la suite d'un examen pratiqué le 18 novembre 2004, le Dr F._____, neurochirurgien FMH, à Genève, a établi un rapport d'expertise le 12 avril 2005. Il confirme le diagnostic de lombosciatalgies secondaires malformatif dysraphique lombosacré avec une mégaciterne caudale, une spina bifida et une moelle bas-fixée ainsi qu'un possible <<tethered cord syndrom>> avec une tumeur extra médullaire intra-durale de type mixte. Au vu de ces pathologies, l'expert estime que le pronostic est incertain et qu'au stade actuel, l'assurée ne peut plus travailler comme aide-infirmière ni d'ailleurs dans la restauration. Elle est également gênée pour son ménage, notamment passer l'aspirateur, faire les lits et repasser. Dans une activité plus légère, respectant son dos, lui permettant de changer de position, une reprise à 50 % semble réalisable.

(...)

Dans un rapport médical du 17 mai 2005 à l'attention de l'OAI, la Dresse N._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, pose le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches persistantes à caractère invalidant dans un contexte de troubles statiques, cône médullaire bas fixé, spina bifida occulta et masse intra-canalair en regard de L3,

d'amyotrophie du membre inférieur droit secondaire à une probable poliomyélite survenue dans l'enfance et de cervico-dorsalgies diffuses sur fusion congénitale des corps vertébraux C3/C4 et discopathies C4/C5 et C6/C7. Celle-ci estime que l'incapacité de travail de l'intéressée est de 100 % dans son activité d'aide-infirmière depuis le 12 mars 2004 et que l'exercice d'une autre activité n'est pas non plus exigible. Elle considère que <<le pronostic reste défavorable tant sur le plan algique que sur le plan fonctionnel. Son incapacité de travail totale en tant qu'aide-infirmière (...) semble justifiée>>. Quant à un reclassement professionnel, la praticienne est pessimiste étant donné que sa patiente est limitée pour supporter la station assise et qu'<<un travail sédentaire manuel risque de décompenser les cervicalgies>>. La Dresse N. _____ a également rempli un rapport médical concernant les capacités professionnelles de l'assurée, où elle y a décrit les limitations fonctionnelles de cette dernière.

Le rapport du 6 septembre 2005 du Dr L. _____, médecin généraliste traitant, retient le même diagnostic que celui posé par la Dresse Belgrand le 17 mai 2005. Selon lui, la patiente reste limitée dans sa vie quotidienne par la persistance des lombalgies qui sont réellement invalidantes l'empêchant de reprendre son travail d'aide-infirmière même à temps partiel. Il considère que l'incapacité de travail de l'assurée dans son métier actuel ou dans toute autre activité est totale et, en conclusion, estime celle-ci inapte à un reclassement professionnel, vu les difficultés qu'elle a à rester debout ou assise au-delà de trente minutes.

Un rapport d'examen du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a été établi le 17 janvier 2006, sous la plume du Dr T. _____. Il confirme le diagnostic de lombosciatalgies sur état mal formatif dysraphique lombosacré avec mégaciterne caudale, spina bifida, moelle bas fixée posé par le Dr F. _____. Il estime que l'incapacité de travail (...) de l'assurée est de 100 % dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Comme limitations fonctionnelles rencontrées par l'assurée, le SMR indique l'impossibilité de faire des efforts, de maintenir les positions pendant longtemps, de marcher longtemps ainsi que les mouvements en porte-à-faux et le port de charges lourdes.

Selon une enquête économique sur le ménage datée du 17 juillet 2006, P. _____ présente un empêchement de 13,7 % dans l'activité ménagère. La personne chargée de l'enquête n'a pas fourni d'indications relatives au degré d'invalidité. L'assurée a en outre déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 80 %, afin d'avoir du temps notamment pour se reposer. Il ressort enfin de l'enquête économique qu'à ce jour, l'assurée ne s'imagine pas actuellement reprendre une activité professionnelle.

(...)

En droit :

(...)

7. a) (...)

b) *Pour ce qui est du fond, les gains de comparaison ne sont pas contestés en tant que tels, pas plus que ne l'est l'enquête ménagère du 17 juillet 2006. La recourante se limite à critiquer les avis médicaux retenus par l'intimé.*

L'OAI a retenu l'avis du Dr F. _____, confirmé par le SMR, au détriment de celui des Drs N. _____ et L. _____. Comme le plaide l'intimé, la motivation du premier de ces rapports est supérieure à celle des deux derniers, abstraction faite même de l'avis du SMR, qui a été émis sans examen de l'assurée.

Au surplus, la Dresse N. _____ et le Dr L. _____ ont eu une relation thérapeutique avec l'assurée, le dernier nommé étant même médecin (généraliste) traitant. Quant à l'expertise du Dr F. _____, elle a été requise par l'assureur-maladie perte de gain de l'assurée. Elle émane d'un praticien totalement indépendant de la recourante et se fonde sur tous les rapports antérieurs (notamment les examens radiologiques du Dr [...]) ainsi que sur l'examen de l'expertisée par l'expert lui-même. Sur le plan formel, l'expertise répond aux réquisits de la jurisprudence. Le rapport comprend une anamnèse complète, personnelle, professionnelle, une anamnèse des différents rapports antérieurs ainsi qu'une anamnèse radiologique. Il contient un status général, la pose d'un diagnostic, une appréciation consensuelle du cas, ainsi qu'une estimation de la capacité de travail exigible. L'appréciation consensuelle du cas est discutée, le contexte médical est clairement délimité et les conclusions portant sur la capacité de travail sont motivées. La qualification médicale des troubles dont souffre la recourante ne diverge pas essentiellement entre les médecins traitants et le Dr F. _____; la recourante reproche surtout à ce dernier de lui reconnaître une capacité de travail de 50 % alors que ses médecins traitants concluent à une incapacité totale de travail.

En outre, aucune évolution ne semble vraisemblable entre le 12 avril 2005 (date de l'expertise) et la date de la notification de la décision attaquée.

c) *Enfin, les gains de comparaison retenus, vérifiés d'office, n'apparaissent infirmés par aucune pièce.*

d) *Il apparaît ainsi que les atteintes à la santé de l'assurée, dont la gravité est du reste incontestable, n'occasionnent pas une invalidité suffisante pour ouvrir droit à une rente. Au surplus, aucune mesure professionnelle n'est litigieuse."*

B. a) L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, le 28 novembre 2008, arguant d'une aggravation de son état de santé.

b) A l'appui de sa requête, l'assurée a produit un rapport du 3 novembre 2008 du Dr F._____, qui l'avait examinée le 22 septembre précédent. Dans ce document, le médecin a rappelé que P._____ était "*porteuse d'une malformation complexe de la charnière lombo-sacrée, comportant un cône médullaire bas fixé (<<tethered cord syndrome>>) ainsi qu'une formation tumorale située au niveau L3*". Le Dr F._____ a relevé que l'assurée présentait un état fluctuant sur un fond de lombalgies importantes, modulé par les efforts et les positions, mais stable dans l'ensemble entre les années 2003 et 2006. Depuis un à deux ans, des gonalgies, prédominantes à droite, s'étaient manifestées, dans le cadre d'une amyotrophie supposée d'origine poliomyélitique ou, éventuellement, en rapport avec l'état malformatif lombaire. L'assurée avait indiqué que les gonalgies allaient en augmentant et qu'elles aggravaient la problématique lombaire.

Au stade de l'anamnèse, le Dr F._____ a relevé que, qualitativement, les douleurs lombaires étaient similaires à celle observées en 2005. D'un point de vue quantitatif, la situation s'était en revanche aggravée : la manœuvre de Valsalva était fortement positive, avec des lancées dorso-lombaires, les douleurs lombaires et au genou entraînaient une diminution de la qualité du sommeil et de nombreux réveils. Le médecin a encore souligné la présence de sciatalgies gauches intermittentes, de paresthésies et de dysesthésies du membre inférieur gauche. L'assurée était obligée d'effectuer les activités ménagères par tranches de 5 minutes, entrecoupées d'une autre activité, voire d'un repos complet. Les changements de positions étaient douloureux.

Selon le Dr F. _____, l'assurée se trouvait en bon état général. Elle marchait avec un discret boitement d'épargne du membre inférieur droit. Le médecin a relevé un Lasègue positif en fin de course des deux côtés. Les genoux étaient calmes, sans épanchement, avec la présence de signes d'irritation méniscale interne du côté droit. L'assurée ne pouvait ni plier le genou ni s'agenouiller du côté droit. La mobilité cervicale était conservée. L'examen neurologique détaillé se trouvait dans les limites de la norme pour les nerfs crâniens, les voies longues, la coordination et l'équilibre. Il n'existait pas de déficit sensitivo-moteur de type radiculaire décelable au bras et aux jambes. La cicatrice de cure de tunnel carpien au poignet gauche était calme, avec récurrence d'un kyste au poignet.

Le Dr F. _____ en ensuite indiqué ce qui suit, dans la partie "Discussion" de son rapport :

"Le handicap de cette patiente a nettement augmenté depuis mon dernier examen en 2004. Après un recul de 4 ans et avec un contrôle IRM ne montrant pas de changement notable, on peut maintenant affirmer qu'il n'y a pas de tumeur intradurale au sens propre du terme mais qu'il s'agit d'un lipome d'accompagnement du dysraphisme de cette patiente. Les lipomes n'ont généralement pas de croissance cliniquement significative mais ils gênent mécaniquement par leur présence et leur possible contact avec les structures neurales. Par rapport au <<tethered cord syndrome>>, le problème tumoral est toutefois au second plan.

Ce syndrome (en français : cône médullaire bas fixé) est habituellement une affection découverte déjà dans la petite enfance. Dans les grandes séries, il apparaît qu'il y a un nombre substantiel de cas survenant à l'âge adulte et même à un âge avancé. Les manifestations sont au premier plan des lombalgies avec ou non des irradiations sciatiques, plus tard surviennent des déficits neurologique sensitivo-moteurs ou intéressant la sphère sphinctérienne. Ces déficits neurologiques peuvent survenir également dans des cas débutant à l'âge adulte. Les lombalgies présentent souvent un caractère invalidant. Dans ce contexte, on peut se souvenir du rapport de la Dresse N. _____ adressé au Dr L. _____, le 26.10.2004 : <<... quant à l'examen radiologique, la présence d'une spina bifida et d'un cône médullaire bas fixé, n'expliquent pas réellement le caractère invalidant de cette

symptomatologie...>>. Cette affirmation est sans aucun doute incorrecte. Elle risque de faire du tort à la patiente dans d'éventuels conflits asséculo-logiques. D'autre part, dans sa lettre du 27.02.2005, la Dresse N._____ attribue les acroparesthésies des pieds de la patiente aux troubles statiques plantaires, corrigés récemment par le port d'un support. En réalité, les acroparesthésies sont normalement généralement l'expression d'un problème neurologique, de surcroît présent dans le cas de Mme P._____. Il n'y a par conséquent aucune raison de vouloir attribuer les acroparesthésies aux troubles statiques plantaires.

Dans cette situation qui, à elle seule, s'est aggravée depuis 2004, vient s'ajouter le syndrome douloureux au genou gauche (recte : droit). Cela ne doit pas être simplement considéré comme une addition, au sens arithmétique, au problème lombaire, mais ce dernier peut être potentialisé par la gonarthrose (knee-spine syndrome). En effet, les douleurs et la raideur du genou empêchent la patiente de prendre des précautions vis-à-vis de son dos et inversement. Le caractère invalidant des symptômes, tant au niveau lombaire que du genou, fait qu'une option chirurgicale doit maintenant sérieusement être discutée, en commençant par l'ostéotomie de valgisation, avant que les lésions cartilagineuses du compartiment interne du genou gauche n'aient abouti à un état irréversible.

Compte tenu de tous ces éléments du handicap effectif, avec deux interventions chirurgicales à prévoir à moyen terme, il est évident que cette patiente ne peut fournir aucun travail dans quelque circonstance que ce soit. La seconde intervention consisterait en une section du filum terminale, geste généralement préconisé dans les fixations basses du cône médullaire avec des douleurs invalidantes."

c) Dans un complément à la demande de prestations AI rempli le 3 février 2009, l'assurée a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à plein temps en qualité d'aide-infirmière, par nécessité financière.

d) P._____ a été examinée, le 5 février 2009, par le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-chef à l'Hôpital de B._____. Dans un rapport du 9 février suivant, il a posé le diagnostic de chondrite du compartiment interne du genou droit, relevant que l'assurée n'avait pas réellement de varus, mais des douleurs

persistantes, associées à quelques défauts de torsion sur le plan horizontal.

Une arthroscopie diagnostique du genou droit de l'assurée a été effectuée, le 11 février 2009, à l'Hôpital de B._____. Elle n'a mis en évidence aucune lésion ni aucun signe d'inflammation synoviale. La proposition de traitement consistait en la prise journalière de Dafalgan. L'incapacité de travail était complète dès le 11 février 2009, pour une durée de quatre semaines, et devait ensuite être réévaluée.

e) Dans un rapport médical du 4 mars 2009, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de P._____, a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- lombosciatalgies gauches persistantes, à caractère invalidant dans un contexte de cône médullaire bas fixé, spina bifida occulta et masse intracanaulaire en regard de L3 (lipome);
- tendinite du genou droit;
- état dépressif réactionnel à la maladie.

Le Dr L._____ a souligné que l'arthroscopie diagnostique du genou droit, effectuée le 11 février 2009, n'avait démontré l'existence d'aucune lésion. D'un point de vue objectif, le médecin a considéré qu'il n'y avait pas de changement depuis le rapport du 3 novembre 2008 du Dr F._____. Il a posé un pronostic réservé, compte tenu de la nette augmentation du handicap de l'assurée depuis 2004. Il a précisé que la capacité de travail de P._____ dans l'activité d'aide-infirmière était nulle depuis le 2 mars 2005.

f) Par avis médical du 21 avril 2009, le Dr D._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a relevé que le status neurologique de l'assurée était normal et que les IRM n'avaient pas montré de progression de la maladie. Il a estimé que l'aggravation invoquée était plutôt subjective, à première vue. Au sujet des gonalgies, le Dr D._____

a souligné que les avis des orthopédistes n'étaient pas unanimes sur l'indication du traitement à suivre, en particulier sur la nécessité d'une opération.

C. a) Le 8 juin 2009, P._____ a fait l'objet d'un examen clinique orthopédique au SMR par le Dr J._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Ce médecin a rendu un rapport le 12 juin suivant. Il a rapporté l'anamnèse personnelle, familiale et professionnelle de l'assurée. Il a relevé que celle-ci se plaignait essentiellement de lombosciatalgies à gauche, de gonalgies à droite et d'une faiblesse du membre inférieur droit. Les douleurs lombaires étaient décrites comme continues, parfois intenses. Le Dr J._____ a relevé que l'assurée marchait avec une boiterie modérée. Les deux genoux étaient stables et ne présentaient pas d'épanchement. Il a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail suivants :

- lombosciatalgies à gauche, sans troubles neurologiques, probable lipome lombaire intra-dural, extra-médullaire; cône médullaire bas fixé (M54.4);
- cervicalgies chroniques; fusion congénitale des corps vertébraux C3-C4 avec discopathie (M 50.9);
- séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit.

Les diagnostics sans influence sur la capacité de travail consistaient en un status après hépatite A, un status après hernie hiatale et oesophagite de grade II et un probable syndrome rotulien du genou droit.

Le médecin a considéré que l'assurée pouvait exercer une activité légère semi-sédentaire, sans port de charges, lui permettant d'alterner, à sa guise, la position debout avec la position assise. Les travaux en position accroupie, penchée en avant ou en porte-à-faux devaient être évités, de même que la montée ou la descente d'escaliers de façon répétée. L'incapacité de travail comme aide-infirmière était donc totale. L'assurée conservait néanmoins, depuis le mois de février 2005,

une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de P._____, qui l'avait amenée à déposer une deuxième demande de prestations de l'AI, le Dr J._____ a considéré qu'aucune aggravation objective n'avait été mise en évidence à l'IRM de la colonne vertébrale. L'état des genoux de l'assurée était en outre compatible avec une activité adaptée, à mi-temps. Ainsi, selon le médecin du SMR, l'apparition de gonalgies n'avait pas modifié la capacité de travail, mais uniquement engendré de nouvelles limitations fonctionnelles.

b) Dans un rapport médical du 18 juin 2009, le Dr Z._____, du SMR, a retenu que l'assurée présentait, comme atteinte principale à la santé, des lombosciatalgies gauches, des cervicalgies chroniques sur fusion congénitales C3-C4 et des séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit. Il a mentionné notamment un syndrome rotulien droit comme facteur ou diagnostic n'étant pas du ressort de l'AI et influençant les mesures professionnelles. Le Dr Z._____ a estimé, sur la base du rapport du SMR 12 juin 2009, que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations était de 50 %. Il a relevé que l'examen orthopédique du 8 juin 2009 avait permis de démontrer que les lombalgies et les cervicalgies présentées par P._____ demeuraient inchangées depuis 2004. Selon lui, les gonalgies apparues en 2006 étaient en relation avec un syndrome rotulien sur une jambe légèrement atrophiée. Cette atteinte imposait de nouvelles limitations fonctionnelles, sans toutefois restreindre la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.

c) Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 25 août 2009. Dans un rapport daté du jour même, l'enquêteur a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs permanentes. Elle passait une grande partie de la journée assise sur un canapé, ne sortant que peu. Sa mère assumait la majorité des activités ménagères. P._____ a déclaré que, n'ayant plus qu'un enfant à domicile depuis le mois de septembre 2007, elle aurait travaillé à plein temps si elle avait été en bonne santé. Sur le plan des activités ménagères, l'incapacité globale a été arrêtée à 25,7 %.

d) Dans un avis du 9 octobre 2009 figurant au dossier, un juriste de l'OAI a relevé que, lors de la première demande de prestations, l'assurée avait indiqué être ménagère à 20 % et active à 80 %, ce qui correspondait à son taux d'activité en tant qu'aide-infirmière. Elle avait justifié cette répartition par le fait que son travail était pénible et qu'elle tenait à conserver un jour de repos. P._____ avait encore précisé que son salaire d'aide-infirmière à 80 % correspondait à celui qu'elle percevait en travaillant à plein temps dans son ancienne activité d'employée de cafétéria. Selon cet "*avis juriste*", ensuite de la seconde demande de prestations, l'assurée avait indiqué qu'en bonne santé, elle aurait augmenté son taux d'activité à 100 % dès le mois de septembre 2007, par nécessité financière et dans la mesure où sa fille aînée avait quitté le domicile parental à cette époque. Le juriste de l'OAI a toutefois relevé que les deux enfants de l'assurée étaient autonomes depuis plusieurs années. Le départ de la fille aînée de l'assurée ne pouvait donc, selon elle, justifier les déclarations concernant le taux d'activité. Le budget familial n'imposait pas non plus que l'assurée augmente son taux de travail à 100 %. Le statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % devait donc être maintenu.

e) Par projet de décision du 8 mars 2009, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a relevé que, depuis le 12 mars 2004, la capacité de travail de P._____ et son aptitude à accomplir les tâches ménagères étaient restreintes. L'OAI a retenu que l'assuré présentait un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %. La capacité résiduelle de travail a été arrêtée à 50 % dans une activité adaptée.

En ce qui concerne le salaire d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2004 pour une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit un salaire de 3'803 fr. par mois. Adapté à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures et annualisé, cela représentait un revenu brut de 48'584 fr. 64. Compte tenu de l'évolution des salaires entre 2004 et 2005 (+ 1,44 %), ce revenu été arrêté à 49'284 fr. 26, soit 24'642 fr. 13 à mi-temps. Un

abattement de 10 % a encore été opéré pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, de sorte que le revenu d'invalidé a été fixé à 22'177 fr. 92 par année. Le revenu sans invalidité a été estimé à 37'128 fr., à 80 %, en 2005. Ainsi, l'incapacité de gain a été fixée à 40 %, c'est-à-dire un taux d'invalidité de 32 % (40 % x 80 %) pour la part active. En ce qui concerne les activités ménagères, l'invalidité a été arrêtée à 5,14 % (20 % x 25,7 %). Au total, l'OAI a donc retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 37,14 %, insuffisant pour l'octroi d'une rente.

f) L'assurée a fait valoir ses observations sur ce projet de décision par lettre du 12 janvier 2010 de son conseil. Elle a estimé que l'avis du Dr J._____, selon lequel sa situation ne s'était pas détériorée, n'était pas compatible avec l'avis du Dr F._____, qui avait mis en évidence une aggravation des atteintes à la santé.

A l'appui de ses déterminations, l'assurée a produit une lettre du 2 octobre 2009 du Dr L._____ à son avocat. Ce document contient les précisions suivantes :

"En ce qui concerne le syndrome rotulien, il est vrai que c'est une affection très fréquente et qui est rarement la cause d'une invalidité, cependant, le syndrome rotulien que présente Madame P._____ n'est, selon le rapport du spécialiste le Dr F._____ du 3 novembre 2008, pas seulement un syndrome rotulien banal habituel et il ne doit pas être simplement considéré comme une addition aux problèmes lombaires, mais les deux affections peuvent se potentialiser mutuellement.

(...)

Il est également très important de considérer les explications du Docteur F._____ en ce qui concerne le cône médullaire bas fixé (voir 2^{ème} paragraphe de la page 4, sous discussion), où il souligne un pronostic potentiellement sévère avec l'apparition de déficits sensitivo-moteurs ou de troubles sphinctériens. On pourrait imaginer que ce pronostic pourrait être aggravé si la patiente faisait un quelconque travail astreignant, même à 50%, ce que le Dr F._____ confirme dans l'avant-dernier paragraphe à la page 5, où il dit qu'«<il est évident que cette patiente ne peut fournir aucun travail dans quelques circonstances que ce soient>>».

Maintenant que le Docteur S. _____ a récusé une indication opératoire pour son genou droit, on ne peut attendre d'amélioration de ce côté-là.

Je vous joins également la lettre du Docteur F. _____ du 12 mars 2009, en réponse à l'attitude du Docteur S. _____, dans lequel (sic) il dit qu'il faut suivre l'évolution et faire des évaluations d'une indication opératoire par les spécialistes de façon annuelle."

Sur la base de ces éléments, l'assurée a fait valoir que sa capacité de travail était nulle et qu'elle avait droit à une rente d'invalidité entière.

g) Dans un avis médical du 10 mars 2010, approuvé par le Dr Z. _____, le Dr D. _____ a indiqué que le syndrome rotulien droit avait été reconnu et pris en compte par le Dr J. _____; celui-ci avait estimé que cette affection avait une influence sur les limitations fonctionnelles, mais non sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr D. _____ a encore estimé que le risque accru de déficit sensitivo-moteur ou sphinctérien décrit par le Dr L. _____ n'était pas déterminant, dès lors qu'il n'était pas prouvé que l'exercice d'une activité adaptée à mi-temps puisse entraîner de telles conséquences.

h) Par décision du 15 mars 2010, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à l'assurée. La motivation de cette décision était identique à celle du projet du 8 mars 2009.

Dans une lettre d'accompagnement du même jour au conseil de P. _____, l'OAI a répondu aux observations de l'assurée en reprenant les arguments développés par le Dr D. _____ dans l'avis médical du 10 mars 2010.

D. a) P. _____ a recouru contre la décision 15 mars 2010 par acte du 21 avril suivant concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité complète lui est octroyée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI, pour nouvel examen.

En substance, la recourante se fonde sur l'avis du Dr F. _____ et soutient que son état de santé s'est dégradé. Elle relève que ce spécialiste n'est pas devenu son médecin traitant, de sorte que son avis conserve une entière force probante. Elle souligne que le Dr F. _____ a clairement mis en évidence une aggravation des symptômes et que l'avis du SMR, qui s'écarte de cette constatation, ne saurait l'emporter.

b) Dans sa réponse du 10 juin 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que, dans son rapport du 3 novembre 2008, le Dr F. _____ a fait état d'un examen neurologique détaillé dans les limites de la norme et relevé que les IRM ne montraient pas de progression de la maladie lombaire. L'office intimé considère que l'appréciation de ce spécialiste, selon lequel la capacité de travail de l'assurée était nulle, se fondait donc sur l'aggravation subjective des douleurs lombaires et sur l'apparition d'un syndrome douloureux du genou droit. Compte tenu de cette position, un examen au SMR a été mis en place et les conclusions du Dr J. _____ doivent, selon l'OAI, être confirmées. Ainsi, l'office intimé fait valoir que les constatations objectives et les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte lombaire sont inchangées et que la problématique du genou droit ne joue un rôle qu'en ce qui concerne les modalités de l'activité adaptée.

c) Dans ses déterminations du 16 août 2010, la recourante souligne que le Dr F. _____ a considéré que sa capacité de travail était nulle "*compte tenu de tous (les) éléments du handicap effectif*". Elle confirme qu'à son sens, l'avis de ce médecin a une pleine force probante et ne peut être écarté sans autre.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; 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 en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours entre le 28 mars et le 11 avril 2010 (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - par P. _____ contre la décision rendue le 15 mars 2010 par l'OAI.

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

En l'espèce, vu les griefs développés dans le recours, le litige porte sur l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de P. _____ et sur le caractère invalidant ou non des atteintes à la santé

dont souffre la recourante, compte tenu des renseignements médicaux figurant au dossier.

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

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 c. 4.3.1).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 2c; ATF 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, 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 c. 3b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 c. 3.2). Ainsi, au vu de la

divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et 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 (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 c. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3).

4. a) La recourante est atteinte dans sa santé. Si les diagnostics médicaux posés par les différents médecins qui ont examiné la recourante ne sont pas identiques en tous points, il peuvent être résumés comme suit : l'assurée est porteuse d'une malformation complexe de la charnière lombo-sacrée, comportant un cône médullaire bas-fixé, ainsi qu'une formation tumorale située au niveau L3. Cette affection entraîne des lombalgies et des cervicalgies, ce que tous les intervenants médicaux ont admis. La recourante souffre également de douleurs au genou droit.

La recourante prétend que son état de santé s'est aggravé depuis la première demande de prestations de l'AI, qui s'est soldée par un refus d'octroi d'une rente. Elle se fonde sur le rapport du 3 novembre 2008 du Dr F._____ à l'appui de ses allégations. La recourante considère que ce rapport démontre à satisfaction de droit que ses lombalgies sont plus importantes qu'avant et qu'associées aux gonalgies droites, ces affections entraînent une incapacité totale à travailler. Elle conteste l'avis contraire qui ressort du rapport médical du SMR du 12 juin 2009. Elle considère que, dans la mesure où le Dr F._____ a fonctionné comme expert lors de la procédure qui a suivi la première demande de prestations, son avis doit l'emporter.

Il convient donc d'examiner si on peut admettre, au stade de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve,

le juge des assurance devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les réf. citées), que l'état de santé de la recourante s'est ou non aggravé depuis 2008.

b) Il est exact que, dans son rapport du 3 novembre 2008, le Dr F._____ a, au stade de l'anamnèse, retenu que, quantitativement, les douleurs lombaires étaient similaires à celles observées en 2005, mais que, d'un point de vue qualitatif, la situation s'était aggravée. Il a encore estimé que "*le handicap*" de la recourante avait nettement augmenté depuis l'examen qu'il avait effectué en 2004. Le Dr F._____ a ensuite relevé que P._____ se trouvait en bon état général, qu'elle présentait un discret boitement d'épargne du membre inférieur droit et que ses genoux étaient calmes, sans épanchement, avec la présence de signes d'irritation méniscale interne du côté droit. Selon ce médecin, l'examen neurologique détaillé se trouvait dans les limites de la norme pour les nerfs crâniens, les voies longues, la coordination et l'équilibre. Pour terminer, le Dr F._____ a fait valoir que la conjonction du syndrome douloureux au genou droit et des lombalgies ne devait pas être simplement considérée comme une addition de deux problèmes. Selon lui, le problème lombaire pouvait être exacerbé par la gonarthrose, les douleurs et la raideur du genou empêchant l'assurée de prendre des précautions vis-à-vis de son dos, et inversement. Il a estimé que la possibilité d'une intervention chirurgicale devait être sérieusement discutée, vu "*le caractère invalidant des symptômes, tant au niveau lombaire que du genou*". Compte tenu de "*tous ces éléments du handicap effectif*", le Dr F._____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans n'importe quelle activité.

En évoquant une aggravation qualitative des douleurs lombaires et une augmentation du handicap de la recourante, le Dr F._____ a, comme cela doit se faire dans tout rapport médical, rapporté les plaintes subjectives de l'intéressée. Cela résulte clairement de la lecture du rapport en cause. Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic médical découlant de considérations objectives concernant l'état de santé sur le plan somatique. Dès lors, comme le relève l'office intimé, les conclusions

du Dr F._____ relatives à l'incapacité de travail totale de la recourante, dans la mesure où elles se fondent en partie sur les plaintes subjectives de l'assurée, ne pouvaient être admises sans autre. Face à ce constat, l'OAI a demandé au SMR un examen clinique orthopédique de l'assurée, afin de déterminer les atteintes objectives dont elle souffrait, ainsi que sa capacité de travail médico-théorique.

c) P._____ s'est donc soumise à un examen auprès du Dr J._____, le 8 juin 2009. Il a rendu un rapport le 12 juin suivant. Le médecin a posé les diagnostics influant sur la capacité à travailler de lombosciatalgies à gauche - sans troubles neurologiques, avec probable lipome lombaire intra-dural, extra-médullaire et avec cône médullaire bas fixé -, de cervicalgies chroniques et de séquelles de poliomyélite du membre inférieur droit.

S'agissant des douleurs au genou, des examens avaient été menés entre le rapport médical du Dr F._____ et l'examen au SMR. Dans un rapport du 9 février 2009, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de chondrite du compartiment interne du genou droit, relevant que la recourante n'avait pas de véritable varus à cette articulation, mais des douleurs persistantes, associées à quelques défaut de torsion sur le plan horizontal. Une arthroscopie diagnostique effectuée le 11 février 2009 n'avait démontré l'existence d'aucune lésion ni d'aucune inflammation synoviale. L'indication d'une intervention chirurgicale a donc été abandonnée, la proposition de traitement consistant en la prise journalière de Dafalgan. Au vu de ces éléments et de l'examen qu'il avait pratiqué, lequel lui avait permis de constater que les deux genoux étaient stables et sans épanchement, le Dr J._____ a considéré, dans son rapport du 12 juin 2009, que la recourante présentait un probable syndrome rotulien et que ce diagnostic n'avait pas d'influence sur la capacité de travail, mais qu'il jouait un rôle dans la définition des limitations fonctionnelles d'une activité adaptée.

En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de la recourante, le Dr J._____ a relevé que l'IRM de la colonne vertébrale

n'avait pas démontré d'aggravation objective de l'atteinte lombaire et que l'état des genoux de l'intéressée était compatible avec une activité adaptée. Ainsi, la recourante, qui marchait avec une boiterie modérée, pouvait, selon le médecin du SMR, travailler à mi-temps dans une activité légère semi-sédentaire, sans port de charges, lui permettant d'alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Les travaux en position accroupie, penchée en avant ou en porte-à-faux devaient être évités, de même que la montée ou la descente d'escaliers de façon répétée.

d) La recourante n'indique pas en quoi l'appréciation du Dr J._____, telle qu'elle ressort du rapport médical du 12 juin 2009, serait douteuse ou erronée. Elle se contente de prétendre que l'appréciation du Dr F._____ doit lui être préférée. Toutefois, un rapport qui émane d'un service médical régional, au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), dispose d'une pleine valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 135 V 254 c. 3.3.2; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 c. 5.2; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3). Tel est le cas en l'espèce. Le rapport en cause émane d'un spécialiste et celui-ci a examiné tous les points déterminants de manière circonstanciée. Le rapport se fonde sur un examen complet du dossier médical. L'anamnèse a été effectuée et les déclarations de P._____ ont été prises en considération. Enfin, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions du médecin du SMR sont dûment motivées.

Lorsqu'elle soutient que le rapport du 12 juin 2009 du SMR est en contradiction avec les conclusions du rapport médical du 3 novembre 2008 du Dr F._____, la recourante se méprend. Comme cela a déjà été précisé, le Dr F._____ a tenu compte, dans son appréciation, d'éléments subjectifs qui ne peuvent jouer un rôle dans la détermination des atteintes objectives à la santé, qui sont seules décisives au regard de l'AI. Or, d'un point de vue objectif, les rapports médicaux des Drs F._____ et J._____ ne diffèrent pas. Tous deux ont relevé que la recourante présentait une boiterie discrète à modérée, des genoux stables et sans épanchement et

des lombalgies résultant d'une malformation complexe de la charnière lombo-sacrée. Les deux spécialistes ont fait état d'un status neurologique dans les limites de la norme, de l'absence de déficit sensitivo-moteur et d'un contrôle IRM de la région lombaire ne montrant pas de changement par rapport à l'année 2004. Il ne résulte donc pas de ces éléments que la recourante présenterait une nouvelle lésion organique qui permettrait de retenir, d'un point de vue diagnostique, une détérioration de l'état de santé de l'assurée ayant des répercussions sur sa capacité de gain, point déterminant pour évaluer l'invalidité au sens de la LAI.

Les critiques de la recourante, qui se fonde sur la lettre du 2 octobre 2009 de son médecin traitant et sur le rapport du 2 novembre 2008 du Dr F._____, ne sont pas concluantes. Certes, ce dernier médecin a mentionné que le syndrome de cône médullaire bas fixé pouvait entraîner des déficits neurologiques sensitivo-moteurs ou intéressant la sphère sphinctérienne. Il ne s'agit toutefois que d'une évolution possible de l'affection dont souffre P._____, mais qui, en l'état actuel, n'est pas avérée. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'éventuelles complications qui pourront, si elles se concrétisent et entraînent une invalidité, conduire au réexamen de la situation de la recourante. De même, les allégations du Dr L._____, selon lesquelles on pourrait "*imaginer*" que le risque de complication soit aggravé si l'assurée travaille à mi-temps, ne se rapportent à aucun élément concret. Ces considérations s'appliquent également à l'argumentation selon laquelle le syndrome douloureux au genou gauche et les lombalgies peuvent être en interaction, ce qui impliquerait de les considérer de manière particulière, notamment de l'optique d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une ostéotomie de valgisation. A nouveau il s'agit d'une possibilité dont la concrétisation ne s'est pas vérifiée. Cette appréciation est d'autant plus justifiée que les examens pratiqués postérieurement au rapport du 3 novembre 2008 n'ont démontré aucune lésion ni aucune atteinte synoviale du genou droit de la recourante. Celle-ci souffre donc bien d'un syndrome rotulien, soit des douleurs qui se manifestent non pas constamment mais dans certaines circonstances, en particulier lors de la montée ou de la descente d'escaliers et en cas de position accroupie ou

assise prolongée. Si la recourante met en œuvre les mesures adéquates pour éviter l'apparition de telles douleurs, comme cela a été préconisé dans la définition des limitations fonctionnelles de l'activité adaptée, le phénomène d'interaction potentielle décrit par le Dr F._____, et ses conséquences sur l'état de santé de P._____, ne se concrétiseront pas. Partant, cet élément n'est pas de nature à jouer un rôle dans l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de la recourante, compte tenu des atteintes objectives à la santé dont elle souffre.

e) Ainsi, le rapport du 3 novembre 2008 du Dr F._____, dans la mesure où il tient compte des plaintes subjectives de la recourante, et où la capacité de travail est évaluée à la lumière de deux interventions chirurgicales préconisées, lesquelles se sont avérées inutiles, compte tenu de l'absence d'atteinte objective au genou droit, ne saurait servir à lui seul de base pour l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de P._____. Il convient bien plus de se référer au rapport du 12 juin 2009 du Dr J._____, qui remplit tous les critères pour se voir conférer une pleine force probante. La recourante est donc apte à travailler à 50 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles qu'impose son état de santé.

f) Pour le surplus, et même si cet élément n'est pas directement contesté dans le recours, on précisera que le statut de la recourante retenu par l'OAI, soit active à 80 % et ménagère à 20 %, ne prête pas le flanc à la critique. Lors de l'instruction de la première demande de prestations, entre 2005 et 2007, l'assurée avait expliqué qu'en travaillant à 80 % comme aide-infirmière, elle percevait à peu près le même salaire qu'avec son précédent emploi à plein temps. Elle avait ajouté que l'activité d'aide-infirmière était relativement pénible et qu'elle tenait à avoir un jour de congé par semaine pour se reposer. Aucun de ces éléments n'avait de rapport avec l'éducation des enfants de la recourante. On ne voit dès lors pas en quoi le départ du domicile parental de la fille aînée de l'assurée, au mois de septembre 2007, aurait conduit P._____ à vouloir modifier son taux d'activité, si elle avait été en bonne santé. La recourante ne conteste en outre pas l'appréciation de l'OAI, selon lequel le budget familial ne

permettait pas non plus de justifier une volonté de l'assurée de modifier son taux d'activité.

5. En définitive, entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision du 15 mars 2010 confirmée.

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 fr. 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 500 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 15 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Mirko Giorgini (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :