

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 décembre 2012

---

Présidence de       Mme    PASCHE  
Juges     :     M.    Métral, juge et Mme Rossier, assesseur  
Greffière     :     Mme    Berberat

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPG**

**E n f a i t :**

**A. a)** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1981, a travaillé en qualité d'infirmière tout d'abord à 100 % du 6 janvier 2004 au 30 novembre 2007 à l'hôpital I.\_\_\_\_\_, puis à temps partiel (80-90 %) du 15 septembre 2008 au 30 juin 2009 à la Clinique K.\_\_\_\_\_.

Depuis l'enfance, l'assurée souffrait de constipation chronique. Cette pathologie s'est aggravée en 2003 avec une perte pondérale importante (courrier du 6 juillet 2004 du Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, au Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne). Suivie régulièrement par le Dr H.\_\_\_\_\_, l'assurée a néanmoins repris du poids et a poursuivi sa vie professionnelle, notamment par des conseils diététiques, une intolérance au lactose ayant été mise en évidence (courrier du 26 mars 2007 du Dr H.\_\_\_\_\_ à la Dresse N.\_\_\_\_\_). Par la suite, l'assurée a présenté des ballonnements de plus en plus invalidants, bien que le transit soit conservé. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a préconisé une hospitalisation en raison de l'aggravation de l'état général de la patiente et la prolongation de l'arrêt de travail (courrier du 20 novembre 2007 du Dr H.\_\_\_\_\_ au Dr W.\_\_\_\_\_ du service de gastro-entérologie de l'hôpital I.\_\_\_\_\_). L'assurée a finalement été hospitalisée du 20 au 30 novembre 2007. Dans un rapport du 12 décembre 2007 au Dr H.\_\_\_\_\_, les Drs F.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistant au service de médecine interne de l'hôpital I.\_\_\_\_\_, ont estimé suite à plusieurs examens (colonoscopie, oes-gastro-duodéno-scopie avec biopsies, CT-scan abdominal, temps de transit colique), qu'aucune cause somatique ne pouvait expliquer les symptômes présentés, raison pour laquelle le diagnostic d'exclusion de syndrome du côlon irritable a été posé. Ils ont complété le bilan par un consilium psychiatrique qui a conclu à une réaction anxio-dépressive face à une péjoration des plaintes abdominales (rapport de consultation du 27 novembre 2007 de la Dresse S.\_\_\_\_\_ et de [...], respectivement cheffe de clinique adjointe et psychologue au département de psychiatrie de l'hôpital I.\_\_\_\_\_). Au vu de l'évolution peu favorable, l'assurée a subi le 22 juillet 2008 une

colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale, intervention effectuée par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie (courriers des 17 juin 2008 et 5 août 2008 au Dr H.\_\_\_\_\_. Le 15 décembre 2008, l'assurée a consulté le Dr H.\_\_\_\_\_ en raison d'une récurrence avec ballonnements intenses, nausées et vomissements. Une manométrie de l'intestin grêle réalisée au CHU de [...] a exclu une viscéro-myopathie ou une viscéro-neuropathie (courrier du 27 février 2009 du Dr X.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'unité de gastroentérologie, au Dr H.\_\_\_\_\_). Par la suite, malgré plusieurs interventions chirurgicales, la situation est restée défavorable. Une sténose sur anastomose a finalement été décelée lors d'une consultation en urgence à l'hôpital V.\_\_\_\_\_ (cf. lettre de sortie du 2 juin 2009). L'assurée a alors été transférée à l'hôpital C.\_\_\_\_\_ où elle a subi plusieurs dilatations de l'anastomose sténosée.

Dans un rapport médical du 2 octobre 2009, l'hôpital C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait été admise dans leur service de chirurgie compte tenu du diagnostic de status post perforation anastomotique sur dilation endoscopique d'une sténose de l'anastomose iléo-rectale avec confection d'une iléostomie terminale en fosse iliaque droite. Le 15 septembre 2009, elle avait subi, sous anesthésie générale, le rétablissement de la continuité iléo-rectale par anastomose latéro-latérale manuelle et fermeture de l'iléostomie, une adhésiolyse et l'excision d'un kyste para-tubaire gauche et fenestration d'un kyste ovarien gauche. Les suites de l'intervention avaient été simples avec reprise du transit à deux jours après l'opération. Les douleurs ont tout d'abord été maîtrisées par une pompe à morphine (PCA), puis par une antalgie simple à partir du 20 septembre 2009. L'assurée a pu regagner son domicile le 21 septembre 2009.

Dans un courrier du 30 octobre 2009 au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin-chef du service d'anesthésiologie et antalgie à l'hôpital C.\_\_\_\_\_, a exposé ce qui suit :

"(...).

Relevons qu'avec les différentes interventions qu'elle a subies, le ballonnement intestinal a disparu mais il persiste toujours une

sensation d'oppression qui n'a pas été résolue. A cette sensation qu'elle qualifie de chronique, sont venues se surajouter, dans les suites de la fermeture d'iléostomie effectuée en septembre 2009, de nouvelles douleurs. Celles-ci sont décrites sous forme d'une barre antérieure, au ras du pubis, qu'elle évoque sous forme de tension et d'oppression à caractère parfois de brûlures et de serrements accompagnés de crises douloureuses plus importantes en coups de couteau dans la fosse inguinale droite. La douleur de fond n'est pas soulagée par la prise d'Oxycontin qui l'améliore cependant partiellement lors des épisodes de crise.

Comme toi, en l'examinant ce jour, je n'ai pas mis en évidence de troubles de la sensibilité localement ni trouvé de trigger point qui aurait pu évoquer l'existence d'un névrome cicatriciel post-opératoire. L'abdomen est détendu sans ballonnement.

Je m'explique mal l'origine de ses douleurs qui revêtent parfois un caractère mécanique puisque les douleurs en coups de couteau sont exacerbées par la marche et lors de certains mouvements en physiothérapie, et parfois également un caractère neurogène puisqu'elle décrit sa douleur de fond à type de brûlures et de serrements.

Je lui ai donc proposé l'application d'un TENS qu'elle utilisera de manière régulière et la verrai dans un mois pour évaluation. Puisque les anti-inflammatoires et l'Oxycontin ne l'aident pas de manière claire, je lui ai également proposé d'arrêter ces médicaments et laissé en réserve du Tramal pour les épisodes aigus en coups de couteau qu'elle décrit.

Elle ira consulter prochainement le Dr H. \_\_\_\_\_ et discutera avec lui d'une éventuelle investigation de type IRM abdominal qui aurait surtout l'avantage de la rassurer".

Le 8 décembre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de douleurs abdominales post-opératoires intolérables en position debout ou assise. Elle a indiqué avoir subi une hémicolectomie gauche (juillet 2008), une colectomie totale (mars 2009), une sténose anastomose (mai 2009), une perforation anastomose et iléostomie (juin 2009), ainsi qu'une ablation iléostomie (septembre 2009). Elle a en outre mentionné avoir présenté une incapacité totale de travail du 30 octobre au 20 novembre 2007, du 1<sup>er</sup> décembre 2007 à mai 2008, de mai 2008 au 15 septembre 2008 et, dès le 9 décembre 2008, étant précisé qu'elle perçoit depuis le 30 juin 2009 des indemnités journalières versées par la Caisse ???. \_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeur.

Dans un rapport médical du 21 décembre 2009, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome douloureux abdominal

chronique, d'un status en octobre 2009 après rétablissement de la continuité iléo-rectale par anastomose latérale manuelle et fermeture d'iléostomie avec adhélioise et excision d'un kyste paratubaire gauche et fenestration d'un kyste ovarien gauche, en juin 2009 après perforation anastomotique sur dilatation endoscopique d'une sténose anastomotique, en juin 2009 après sténose anastomotique iléo-rectale avec dilatation, en avril 2009 après colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale haute, en juillet 2008 après hémicolectomie gauche avec adhélioise. Le traitement actuel était antalgique par dérivé morphinique, anti-inflammatoire et anti-dépresseur, auquel s'ajoutaient des Tens. Le Dr H.\_\_\_\_\_ préconisait toutefois une évaluation psychiatrique pour soutien psychothérapeutique et médicamenteux. Il a attesté une incapacité de travail totale du 3 janvier 2008 au 25 janvier 2010. Il a exclu la reprise de l'activité habituelle d'infirmière en soins généraux en raison des *"douleurs qui rendent la station debout et le travail physique impossible ou très difficile"*. Une activité réduite essentiellement en position assise pouvait être envisagée à moyen terme, par une reprise progressive avec mise en route d'une antalgie plus efficace et d'un soutien psychothérapeutique et ce à 30 % dès le 25 janvier 2010.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 19 février 2010, la Clinique K.\_\_\_\_\_ a précisé que les rapports de travail avaient duré du 15 septembre 2008 au 30 juin 2009, l'assurée ayant toutefois cessé de travailler dès le 9 décembre 2008. Son salaire annuel était de 62'010 fr. en 2008 et 2009, soit un salaire mensuel de 4'770 francs.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (ci-après : le SMR). Par avis médical du 19 février 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de pouvoir se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de l'assurée.

Dans un rapport de synthèse du 27 octobre 2010 faisant suite à un examen pluridisciplinaire des 12 avril, 15 avril et 12 mai 2010 au Centre J.\_\_\_\_\_ de [...], les Drs P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine

interne, Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastro-entérologie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que l'expert associé U.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, ont retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une faiblesse de la paroi abdominale après multiples laparotomies. Cette atteinte limitait le port de charges à 15 kg sans effort de poussée abdominale et excluait les travaux en position accroupie ou à genoux. Dans l'activité habituelle d'infirmière pour adulte, la capacité de travail était de 50 %, alors que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement. L'incapacité avait été totale dès le 30 octobre 2007, jusqu'au 31 mars 2010, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2010 dans l'activité exercée jusqu'ici.

Dans un rapport du 4 novembre 2010, le Dr O.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré, au vu des conclusions de l'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010, que l'assurée présentait une incapacité de travail à 100 % du 31 octobre 2007 au 31 mars 2010, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2010 dans l'activité habituelle, la capacité de travail étant entière dans une activité adaptée. Sur ce point, le Dr O.\_\_\_\_\_ a précisé que l'activité d'infirmière dans un service de soins pour adultes n'était pas complètement adaptée, raison pour laquelle la capacité de travail était limitée à 50 % dans cette activité. Dans toute activité adaptée, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement, le Dr O.\_\_\_\_\_ précisant qu'il existait certainement des postes d'infirmière dont le cahier des charges respectait les limitations fonctionnelles de cette assurée.

Dans l'intervalle, soit le 31 mars 2010, la Caisse ???\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du 22 mars 2010 établi par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui a fait état des éléments suivants :

"(...).

Ce jour et au terme de l'ensemble de ce difficile parcours médical et chirurgical, on ne peut être que frappé par la persistance d'une symptomatologie douloureuse abdominale atypique et polymorphe qui sera décrite comme sévère et invalidante et qui survient en l'absence de constipation, de ballonnement ou de tout autre signe d'appel chez une patiente chez laquelle aucune origine somatique précise ne pourra être clairement mise en évidence et qui se

révélera résistante à tous les traitements antalgiques correctement prescrits jusqu'à ce jour.

L'ensemble de ce tableau survient enfin sans que ne puisse être mise en évidence ce jour de maladie psychique invalidante sous-jacente.

Dans un tel contexte et chez une patiente qui admettra ce jour pouvoir effectuer tout travail assis à un taux d'environ 50 % réparti sur l'ensemble d'une journée, il m'apparaît impératif qu'une telle exigibilité soit mise en pratique dès ce jour par cette patiente qui devra rechercher un tel emploi dans le cadre du chômage avec l'aide de ses médecins traitants.

Pour le solde, son AT [arrêt de travail] actuel devra être poursuivi à un taux de 50 % pour une durée probable de 6 mois.

Au terme de ce délai et en fonction de l'évolution de ses symptômes devra être discuté soit le recours à une rente partielle de l'assurance invalidité soit une augmentation progressive de sa capacité de travail en gardant à l'esprit l'existence de nombreux facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels on relèvera l'ancienneté des troubles fonctionnels présentés malgré le jeune âge de la patiente, leur résistance à tous les traitements entrepris, l'absence d'étiologie précise aux douleurs actuelles alléguées et les complications organiques réelles présentées dans les suites des multiples interventions chirurgicales subies".

Dans un second courrier daté du 31 mars 2010, la Caisse ???\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'au vu des conclusions du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_, les indemnités du mois de mars 2010 seraient réglées sur la base d'une incapacité de travail à 100 %. Dès le mois d'avril 2010 et sur la base des prochains certificats médicaux, l'assureur indemniserait l'intéressée à 50 %.

**b)** En date du 13 décembre 2010, l'OAI a soumis à l'assurée un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 8 au 30 juin 2010. Il a constaté que l'assurée présentait une incapacité de travail totale du 31 octobre 2007 (début du délai d'attente d'un an) au 31 mars 2010, puis à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2010 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée (infirmière dans le domaine de la recherche, de consultation (en diabétologie ou autre), infirmière de liaison, infirmière scolaire, infirmière travaillant dans une centrale téléphonique, une assurance, etc...), soit respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'assurée pouvait raisonnablement prétendre à un revenu annuel de 68'900 francs. Sans atteinte à la santé, le revenu de l'assurée en tant qu'infirmière serait identique pour un taux d'activité correspondant à un plein temps. S'agissant de la durée de la rente, l'OAI a indiqué qu'une rente limitée

dans le temps, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, aurait pu être allouée dès le 31 octobre 2008 (soit à l'échéance du délai de carence d'une année). Toutefois en raison du dépôt de la demande de prestations au 8 décembre 2009, la rente ne pouvait être versée que dès le 8 juin 2010 (soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI; art. 29 al. 1 LAI) et jusqu'au 30 juin 2010 (soit après trois mois de l'amélioration constatée le 31 mars 2010).

Par communication du 13 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'une aide au placement ainsi qu'un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis par le service de placement de l'AI.

Dans ses observations du 17 décembre 2010, l'assurée a allégué qu'elle ne pouvait pas exercer une activité à plus de 50 %. Le 10 février 2011, Procap, désormais conseil de l'assurée, a précisé que l'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ contenait plusieurs contradictions. Ainsi, aucun élément objectif au dossier ne démontrait une amélioration de l'état de santé de l'assurée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2010. Par ailleurs, les postes adaptés dont il était question dans le cadre de l'expertise (activité de bureau soit trieuse dans un centre d'urgence) s'effectuaient essentiellement en position assise, élément qui ne permettait pas l'exercice d'une activité à 100 %. Elle a en outre produit un certificat médical du 8 février 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_ qui a retenu une situation stationnaire et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit autorisant l'alternance des positions assise/debout toutes les 2 à 3 heures.

Par avis médical du 21 février 2011, le Dr O.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les observations de l'assurée, ainsi que le certificat médical du 8 février 2011 du Dr H.\_\_\_\_\_ n'apportaient aucun élément nouveau sur le plan médical et ne remettaient pas en cause les critères de qualité requis par la jurisprudence. Il a en outre exposé les éléments suivants s'agissant de l'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010 :

"(...)

1) les experts estiment en effet que l'incapacité de travail était de 100 % jusqu'au 31.03.2010 puis de 50 % dès le 01.04.2010 dans l'activité habituelle. Cette date correspond à un délai de six mois après la dernière opération abdominale. C'est un délai médicalement admis généralement comme temps de convalescence après une chirurgie majeure. La date retenue du 01.04.2010 ne correspond donc naturellement pas à une amélioration survenue miraculeusement ce jour-là, mais bien à la fin d'un délai médical théoriquement admis dans les suites d'une telle intervention.

2) La contradiction relevée concernant l'activité d'infirmière en position assise résulte d'une mauvaise compréhension par Mme [...] [de Procap] de ce qu'ont écrit les experts. En effet, les experts ont posé comme prémices que l'activité d'infirmière ne peut pas s'exercer en position assise (sous-entendu : l'activité ordinaire d'une infirmière dans un service de soins). Raison pour laquelle les experts proposent dans le paragraphe suivant une activité adaptée, qui, elle, peut s'exercer en position assise, à savoir par exemple trieuse dans un centre d'urgence. Cette appréciation des experts est donc parfaitement cohérente et exempte de la moindre contradiction. Mme [...] note encore que la position assise devient intolérable pour l'assurée après 2-3 heures. Il s'agit des dires de l'assurée, rapportés par son médecin traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_, mais n'étant pas retenu par les experts comme ayant un fondement médical objectif".

Par courrier du 14 avril 2011 à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_ a confirmé une incapacité de travail à 100 % dans l'activité habituelle et à 50 % dans une activité adaptée, affirmant que sa patiente devait se coucher toutes les 2 à 3 heures.

Par avis médical du 5 mai 2011, le Dr O. \_\_\_\_\_ du SMR a maintenu ses conclusions, considérant que le médecin traitant ne motivait pas sa position par des arguments médicaux et que son avis ne permettait pas de douter de la validité des conclusions des experts.

Par décision du 19 juillet 2011 dont la motivation figure dans un courrier séparé du 16 mai 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 décembre 2010.

**B.** Par acte de son mandataire du 14 septembre 2011, D. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 19 juillet 2011 et conclut principalement à son annulation et à "constater [son] droit à une rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision". Elle sollicite également l'octroi de

l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice, sous suite de frais et dépens. En substance, la recourante fait valoir que l'expertise pluridisciplinaire ne tient pas compte ni n'explique son obligation de s'allonger après quelques heures de travail afin de diminuer les douleurs qu'elle rencontre. Elle ne peut en outre pas travailler plus de quatre heures d'affilée comme en atteste son employeur actuel, soit le cabinet médical des Drs A. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ (attestation du 9 septembre 2011; activité à 40 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 en qualité d'assistante médicale). Par ailleurs, elle ne peut travailler à plus de 50 % comme l'observe le Dr H. \_\_\_\_\_ (certificat médical du 12 septembre 2011), et ce même dans une activité adaptée. Elle soutient que les constatations du Dr H. \_\_\_\_\_ sont propres à remettre en cause les conclusions de l'examen pluridisciplinaire, justifiant la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. En effet, tout en confirmant l'absence de maladie organique, ce praticien estime qu'une viscéro-myopathie ou une entéro-myopathie peut être suspectée. Des techniques nouvelles, notamment d'IRM, sont encore au stade de la recherche pour tenter d'objectiver de telles atteintes et leurs répercussions sur le système nerveux central, permettant ainsi d'objectiver les douleurs ressenties notamment lors de la distension abdominale. Il préconise dès lors une expertise dans le domaine des troubles fonctionnels intestinaux, voire un avis d'un spécialiste en antalgie.

Par décision du 3 octobre 2011, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2011 sous forme d'une exonération d'avances, cette dernière devant toutefois s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

Dans sa réponse du 3 novembre 2011, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 24 novembre 2011, la recourante signale que le mandat d'aide au placement a été clôturé conformément au courrier de l'intimé du 18 octobre 2011.

Dans sa duplique du 22 décembre 2011, l'intimé renonce à formuler des observations.

### **E n d r o i t :**

**1.** 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté le 14 septembre 2011, le recours a été déposé en temps utile compte tenu des fêtes et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une incapacité de travail justifiant le maintien du droit à la rente au-delà du 30 juin 2010, singulièrement celle de l'évaluation de l'invalidité à laquelle l'intimé a procédé. En effet, il ressort de la décision attaquée du 19 juillet 2011, que l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2010. La recourante, qui conclut à son annulation, considère qu'elle n'a pas présenté d'amélioration notable de sa capacité de travail en mars 2010, alléguant que son incapacité de travail est évaluée à 50 % dans une activité adaptée par ses médecins traitants, raison pour laquelle elle conclut au maintien d'une rente au-delà du 30 juin 2010. Elle critique enfin la valeur probante du rapport d'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010, estimant qu'il ne tient pas compte de son état de santé réel et de ses limitations fonctionnelles.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

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 (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).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**4. a)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

**b)** Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

**c)** Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

**5. a)** In casu, sur le plan psychiatrique, les experts du Centre J.\_\_\_\_\_ ont constaté que la recourante ne présentait pas d'affectation psychiatrique sévère et qu'elle était apte à travailler à plein temps sans diminution de rendement. Ils ont également signalé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments pour retenir un trouble somatoforme douloureux,

diagnostic qui n'était d'ailleurs pas mentionné dans les différents rapports médicaux contenus dans le dossier (rapport d'expertise du 27 octobre 2010, p. 18). Ce point n'est contesté ni par la recourante, ni par l'intimé.

Sur le plan somatique, les experts du Centre J.\_\_\_\_\_ ont retenu un seul diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, soit celui de faiblesse de la paroi abdominale sur status après multiples laparotomies. En effet, toutes les tentatives d'explications relatives aux douleurs abdominales décrites par la recourante se sont soldées par un échec. Ni les multiples investigations effectuées (notamment colonoscopie, oes-gastro-duodéno-scopie avec biopsies,

CT-scan, CT-entérocyse, CT-scan abdominal, manométrie gastro-duodéno-jéjunale), ni les bilans endocrinologiques n'ont permis d'objectiver un substrat organique susceptible d'expliquer l'intensité des douleurs, pas plus que les examens cliniques, raison pour laquelle les experts n'ont retenu qu'un trouble fonctionnel (rapport d'expertise du 27 octobre 2011 du Centre J.\_\_\_\_\_, p. 18), avis corroboré par les Drs H.\_\_\_\_\_ (rapport médical du 12 septembre 2011), B.\_\_\_\_\_ (rapport du 22 mars 2010) et Q.\_\_\_\_\_ (courrier du 30 octobre 2009). Compte tenu de la faiblesse de la paroi abdominale à la suite de multiples interventions digestives, les experts ont estimé qu'il se justifiait de limiter le port de charges à 15 kg sans effort de poussée abdominale et d'exclure les travaux en position accroupie ou à genoux. Au vu des limitations fonctionnelles précitées, l'activité habituelle d'infirmière en soins auprès d'adultes n'était dès lors plus exigible, en raison des efforts pouvant être importants lors d'une telle activité (risque d'éventration de la paroi abdominale). Toutefois, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

**b)** L'appréciation des pièces médicales ne saurait être valablement mise en cause par la seule affirmation de la recourante selon laquelle elle n'est pas en mesure d'exercer une activité adaptée à 100 %. Certes, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en raison de la nécessité pour la recourante de pouvoir

s'allonger après 2 à 3 heures de travail en raison de douleurs abdominales. Les experts du Centre J. \_\_\_\_\_ ont mentionné cet élément en rapportant de manière précise les propos tenus par la recourante lors de l'examen clinique relatifs à la survenance, la fréquence et la localisation des douleurs, les experts décrivant "*des ballonnements invalidants augmentés par la période postprandiale*" et "*une douleur pelvienne à type de pression très intense rendant la position debout rapidement intolérable*" (rapport d'expertise du Centre J. \_\_\_\_\_, p. 16 in fine). Toutefois, en raison de l'absence de toute explication claire et objective sur l'origine des douleurs de la recourante, les experts n'ont retenu aucune autre limitation fonctionnelle que celles précédemment retenues. Sur ce point, le Dr O. \_\_\_\_\_ du SMR a constaté que l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ s'appuyait sur les dires de la recourante, mais n'étaient pas retenue "*par les experts comme ayant un fondement médical objectif*" (avis médical du 21 février 2011). En définitive, l'appréciation du Dr H. \_\_\_\_\_ apparaît davantage motivée par les plaintes de sa patiente que par des éléments objectifs tirés des examens cliniques et radiologiques. Il en va de même de l'attestation du 9 septembre 2011 de l'employeur actuel de la recourante, lequel s'est limité signaler que cette dernière était incapable de travailler plus de 4 heures d'affilées en raison de ses problèmes de santé. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TF I 421/06 du 6 novembre

2007 consid. 3.1; TFA I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce (cf. consid. 5a ci-dessus).

**c)** L'argumentation de la recourante ne suffit dès lors pas à démontrer que les exigences posées par la jurisprudence quant à la valeur probante du rapport d'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2010 ne sont pas remplies. Le rapport d'expertise du Centre J.\_\_\_\_\_ procède d'un examen détaillé de la situation de la recourante, prenant en compte l'ensemble de ses plaintes et portant sur un dossier médical complet. Ses auteurs sont spécialistes en médecine interne, en gastro-entérologie, en chirurgie, en psychiatrie et psychothérapie. Les conclusions dudit rapport sont dûment motivées et remplissent toutes les conditions posées par la jurisprudence pour que leur soit reconnue en principe pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). Les raisons pour lesquelles le diagnostic retenu se limite à une faiblesse de la paroi abdominale sur status après multiples laparotomies fait l'objet d'une démonstration convaincante. Dans ce contexte, on ne saurait reprocher à l'intimé de n'avoir pas procédé à un complément d'instruction, l'argumentation de la recourante, qui se limite à alléguer qu'une instruction semblait nécessaire, ne suffisant pas pour remettre en cause l'appréciation des preuves faite par l'intimé.

**6.** En définitive, la décision du 19 juillet 2011 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par les experts du Centre J.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 27 octobre 2010) et par le SMR (rapport d'examen du 4 novembre 2010 et avis médicaux des 21 février et 5 mai 2011). En raison du dépôt de la demande de prestations au 8 décembre 2009, alors que l'incapacité de travail remonte au 31 octobre 2007, la rente ne peut être versée que dès le 8 juin 2010 (soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI; art. 29 al. 1 LAI) et, ce jusqu'au 30 juin 2010 (correspondant à l'échéance du délai de trois mois, soit le 31 mars 2010, date correspondant au délai post-opératoire de six mois [avis médical du SMR du 21 février 2011]). Dans ces circonstances, sous

peine de violer les principes régissant l'appréciation des preuves, la Cour de céans ne saurait s'écarter des conclusions des experts du Centre J.\_\_\_\_\_ quant à la date d'exigibilité d'une activité adaptée à 100 % suite à une opération par rétablissement de la continuité iléo-rectale pratiquée le 15 septembre 2009. Enfin, le revenu sans et avec invalidité étant identique, la recourante ne peut se prévaloir d'aucune perte de gain, raison pour laquelle le droit à la rente doit être supprimé à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

**7. a)** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il n'y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante.

**b)** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

**c)** En l'espèce, l'octroi de l'assistance judiciaire a été limité aux frais de justice. Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. 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 LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 19 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cent francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V.** D. \_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Procap, Service juridique (pour la recourante), à Bienne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :