

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Addor

Dans la cause

N._____, à Q._____, recourante,
et

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

et dans la cause jointe

N._____, à Q._____, recourante,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Arrivée en Suisse avec son époux le 12 juin 1980, N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953, originaire du Laos, a obtenu la nationalité suisse par voie de naturalisation en 1996. Au Laos, elle a travaillé quelques années en qualité d'infirmière. Le 1^{er} février 1981, elle a été engagée en qualité d'aide-infirmière à 80% par l'Institution A. _____, à Q. _____.

Le 23 octobre 2007, lors d'un séjour au Laos, l'assurée a été victime d'un accident : voulant s'asseoir, elle a basculé en arrière et s'est blessée au coude, à l'épaule, au poignet et à la jambe du côté gauche. Elle a été en incapacité totale de travail à compter de ce jour-là. Le cas a été annoncé à l'assurance-accidents, qui a versé des indemnités journalières jusqu'au 28 février 2011. L'assurée a été licenciée au 30 novembre 2009 et n'a pas repris de travail depuis lors.

Le 20 août 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Durant l'instruction de la cause, celui-ci a recueilli divers renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée. Plus particulièrement, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a eu lieu au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) en date du 12 octobre 2010. Dans leur rapport du 30 novembre suivant, les Drs U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z. _____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail : « douleurs persistantes après arthrolyse radio-ulnaire, arthrose modérée radiocarpienne G M19.9 ; cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discopathie C5-C6 ; status post transposition du nerf ulnaire G au coude, avec persistance d'une diminution de la sensibilité et de douleurs neurogènes ». Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont diagnostiqué des « difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie Z60.0 ». Les

limitations fonctionnelles concernaient essentiellement le membre supérieur gauche et étaient libellées en ces termes : « pas de travaux de force, pas de mouvements répétés, notamment de pronation-supination (vissage), pas d'utilisation d'un clavier (frappe avec le membre supérieur gauche). Pas de port de charges avec le membre supérieur gauche au-delà de 2 kg, pas de soulèvement de charges. Pas de travaux nécessitant de la dextérité ». Les atteintes à la nuque excluaient une attitude prolongée de la tête en extension ainsi que des rotations rapides. Quant au plan psychiatrique, les médecins du SMR n'ont pas mis en évidence de limitations fonctionnelles. Ils ont conclu à une capacité de travail nulle en tant qu'aide-soignante et de 60% dans une activité adaptée dès le mois d'octobre 2009, soit six heures par jour avec une diminution de rendement de 20%.

Le 28 juin 2011, l'office AI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage, qui a conclu à un statut de 80% en tant qu'active et de 20% comme ménagère. Les empêchements ménagers s'élevaient à 20,6%.

Le 13 avril 2012, l'office AI a informé l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2008, puis un quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2010, soit après une amélioration de trois mois de l'état de santé. Le résultat des constatations opérées par l'office AI était rédigé comme suit :

« Depuis le 23 octobre 2007 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon nos observations, vous continueriez d'exercer votre activité d'aide infirmière à 80% sans problèmes de santé. Les 20% restants correspondent à vos travaux habituels.

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 20,6%.

Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.

Vous avez notamment été convoquée au Service médical régional le 12 octobre 2010 en vue d'un examen clinique rhumatologique et

psychiatrique du fait que les renseignements médicaux en notre possession n'étaient pas suffisants pour se déterminer.

Au vu de ce qui précède, nous constatons qu'à l'échéance du délai de carence, vous présentez une incapacité de travail et de gain entière dans toute activité.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	100%	80%
Ménagère	20%	20.6%	4.12%
Degré d'invalidité			84.12%

A partir du mois d'octobre 2009, votre état de santé s'est amélioré et vous présentez une capacité de travail de 6 heures par jour, avec une baisse de rendement de 20%, dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles, lesquelles sont les suivantes : membre supérieur gauche : pas de travaux de force, pas de mouvements répétés, notamment de pronation-supination, pas d'utilisation d'un clavier, pas de port de charges au-delà de 2kg, pas de soulèvement de charge, pas de travaux nécessitant de la dextérité de la main gauche ; nuque : pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de rotation rapide du rachis cervical.

Vous avez ainsi rencontré un conseiller en réadaptation professionnelle à notre Office. Il ressort de cet entretien qu'à cause de votre état de santé, vous ne vous sentez plus capable de travailler.

Dans ces conditions, nous avons déterminé votre degré d'invalidité par le biais d'une approche théorique.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2008 à 2009 (+ 2,10% ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'446.40 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80% [recte : 60%, réd.], le salaire hypothétique est dès lors de CHF 29'789.56 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de votre âge et de vos années de service, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 26'810.60.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	59'569.20		
avec invalidité	CHF	26'810.60		
la perte de gain s'élève à	CHF	32'758.60	=	invalidité de
				54.99%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	54.99%	43.99%
Ménagère	20%	20.6%	4.12%
Degré d'invalidité			48.1%

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1^{er} octobre 2008, le droit à une rente entière puis, dès le 1^{er} janvier 2010, un quart de rente est reconnu, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé. »

Le 18 mai 2012, l'assurée a fait savoir à l'office AI qu'elle contestait sa manière de voir. Dans le délai accordé par l'administration, elle a présenté, en date du 16 octobre 2012, des objections motivées à l'encontre de ce préavis. Elle se prévalait de deux rapports médicaux du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, du 21 septembre 2012 (dont seule la première page avait été jointe) et 8 octobre suivant, tous deux dressés à la demande du conseil de l'assurée.

Pour l'essentiel, le Dr L._____ expliquait qu'il ne parvenait pas à saisir sur la base de quels critères l'office AI avait pu retenir une amélioration de son état de santé. Un manque de force au membre supérieur gauche ainsi que des fourmillements et des douleurs cervico-scapulaires irradiant dans ce même membre étaient évoquées. En application des dispositions traitant de la révision, l'assurée en déduisait que l'office AI avait procédé à une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, était demeuré inchangé. Elle concluait par conséquent à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2010.

Dans une lettre du 27 novembre 2012, l'office AI a fait savoir à l'assurée que sa contestation du 18 mai 2012 et son complément du 16 octobre 2012 n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position, si bien que les termes du préavis du 13 avril 2012 devaient être confirmés dans leur intégralité.

Par décision du 21 janvier 2013, l'office AI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2013.

Le 25 mars 2013, l'office AI a rendu une seconde décision aux termes de laquelle il a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2008 au 31 décembre 2009, suivie d'un quart de rente du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2012.

B. **a)** Par acte du 22 février 2013, N._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 21 janvier 2013. Cette cause a été enregistrée sous la référence AI 49/13. Elle fait valoir que, pour déterminer sa capacité de travail, l'office AI se serait fondé exclusivement sur le rapport des médecins du SMR du 30 novembre 2010, sans tenir compte de l'avis du Dr L._____. En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'examen clinique effectué au SMR, elle reproche à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses problèmes de mémoire et de ses angoisses, lesquels auraient nécessité qu'elle fût soumise à un test portant sur ses capacités intellectuelles. En outre, la recourante prétend que l'office AI aurait sous-

évalué le degré d'invalidité de 20,6% retenu dans le cadre des travaux ménagers habituels, dès lors qu'elle ne peut plus peler des fruits ou des légumes, passer l'aspirateur, nettoyer le sol, laver le linge, tricoter, faire le repassage et les commissions ou encore se laver seule les cheveux. Ce faisant, l'office intimé aurait méconnu un principe jurisprudentiel, selon lequel on ne saurait attendre d'une assurée qu'elle recoure à l'aide de ses proches sans les pénaliser dans une mesure déraisonnable. S'agissant de la comparaison des gains, la recourante conteste le taux d'abattement de 10%, qu'elle estime insuffisant, pratiqué par l'office AI sur le revenu d'invalidité. A son avis, il devrait être de 25% compte tenu de son âge, de sa mauvaise maîtrise de la langue française ainsi que des autres circonstances personnelles et professionnelles entrant en ligne de compte dans le cadre d'une recherche d'emploi. Elle se plaint enfin d'une violation des principes de la révision en matière d'allocation à titre rétroactif d'une rente d'invalidité par paliers. Avec suite de frais et dépens, elle conclut en conséquence à l'annulation de la décision attaquée, en ce sens que son droit au versement d'une rente entière d'invalidité soit maintenu au-delà du 1^{er} janvier 2010. Elle sollicite par ailleurs diverses mesures d'instruction, soit la production de l'intégralité de son dossier asséculo-logique (AI et AA) et médical (soit celui constitué auprès de l'Hôpital B._____), la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire - rhumatologique et psychiatrique - en vue de déterminer sa capacité de travail et sa capacité ménagère ainsi que la tenue d'une audience publique avec l'audition de deux témoins, à savoir le Dr L.____ et le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant.

Dans sa réponse du 9 avril 2013, l'office intimé considère que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 12 octobre 2010 (recte : 30 novembre 2010) satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante et que l'avis du Dr L._____, médecin traitant, n'apporte aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions du SMR. S'agissant des résultats de l'enquête ménagère, il rappelle l'obligation de réduction du dommage, qui implique pour la personne assurée, en particulier, d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de

demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Estimant avoir pleinement pris en compte les empêchements propres à la personne de l'assurée, l'intimé considère qu'il n'y a pas lieu de remettre en question le taux d'abattement retenu, pas plus qu'il ne se justifie de mettre en œuvre une expertise médicale, le dossier constitué contenant suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée et sur sa capacité de travail. Partant, il conclut au rejet du recours.

b) Le 26 avril 2013, N. _____ a déféré devant la Cour de céans la décision rendue par l'office AI le 25 mars précédent. Cette cause a été enregistrée sous la référence AI 114/13. Pour l'essentiel, elle se borne à y maintenir les conclusions prises dans son mémoire de recours du 22 février 2013, tendant au maintien d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010, le tout avec suite de frais et dépens.

Le 27 mai 2013, l'office AI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée ainsi qu'à son écriture du 9 avril 2013 qu'il ne pouvait que confirmer. Il propose en conséquence le rejet du recours.

c) D'entente avec les parties, le magistrat instructeur a ordonné, en date du 19 juin 2013, la jonction des causes AI 49/13 et AI 114/13.

d) Invitée à préciser les conclusions de son recours du 26 avril 2013 à l'encontre de la décision du 25 mars 2013, la recourante a indiqué en date du 11 décembre 2013 qu'elle se référait entièrement à son mémoire de recours du 22 février 2013, concluant à l'annulation de la décision attaquée en ce sens que son droit « à une rente entière d'invalidité se poursuit au-delà du 1^{er} janvier 2010 ».

C. a) Procédant à diverses mesures d'instruction, le magistrat instructeur a requis le 2 juillet 2014 la production du dossier intégral de l'assurée en mains de l'assurance-accidents, que celle-ci a transmis en date du 20 août 2014. Il contient en particulier un tirage du rapport

d'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2013 concernant l'expertise pluridisciplinaire réalisée à sa demande à la Clinique K._____ et signé par les Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F._____, spécialiste en neurologie. L'expertise consistait en une consultation de l'appareil locomoteur et une consultation de neurologie. En guise de synthèse pluridisciplinaire, les experts se sont exprimés en ces termes :

« a. Signes cliniques et paracliniques principaux

Le traumatisme du 23 octobre 2007 a provoqué une luxation postérieure du coude, avec minime arrachement au niveau de l'apophyse coronoïde.

Sur le plan de l'appareil locomoteur, le coude est tout à fait stable, avec des amplitudes articulaires satisfaisantes en dehors d'une discrète diminution de l'extension, ce qui est tout à fait habituel. A noter que les radiographies montreront l'absence d'évolution vers une arthrose post-traumatique. En revanche, l'examen clinique est caractérisé par une importante surcharge au moindre contact cutané du coude gauche. On rappelle ici l'absence de toutes lésions de type ESSEX-LOPRESTI pouvant expliquer une pathologie traumatique à distance de la lésion du coude, en ce qui concerne le poignet.

Concernant la pathologie du poignet gauche, il s'agit donc d'une phase de status post sans lien de causalité avec l'événement du 23 octobre 2007, dans cette pathologie dégénérative du poignet évoluant depuis actuellement plus de vingt ans et ayant bénéficié de deux interventions chirurgicales dans les années 1990, ainsi que d'une intervention de type SAUVE-KAPANDJI en 2008.

En dehors de la contusion de la main gauche, avec retour au statu quo sine du 4 janvier 2008, le reste de la pathologie du poignet évolue pour son propre compte sans lien de causalité avec l'accident décrit. Ici, l'évolution est également caractérisée par une surcharge des symptômes, avec une douleur au moindre effleurement de la peau et une force de préhension égale à 0, ainsi qu'une mobilité discrètement diminuée en flexion-extension et un état radiologique tout à fait satisfaisant avec arthrodèse consolidée après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse.

Les pathologies des épaules et du rachis cervical, ainsi que des lombaires sont des atteintes purement dégénératives concordant avec l'âge de l'assurée et sans lien de causalité avec l'événement du 23 octobre 2007. On note là également une importante surcharge des symptômes lors des examens des membres supérieurs et plus particulièrement des épaules. De plus, lors du présent entretien, le déshabillage est tout à fait aisé et autonome.

Bien qu'il persiste des douleurs en regard du coude, plus particulièrement de l'olécrane et de l'épitrôchlée, et en regard de la zone opérée en ce qui concerne le nerf ulnaire, aucune atteinte

objective du nerf cubital ne peut être retenue. Par ailleurs, les anomalies de l'examen clinique notent des troubles sensitifs dépassant largement ce territoire, des troubles moteurs et sensitifs de l'ensemble du membre supérieur gauche non soutenus par des anomalies objectives. Ces derniers font manifestement l'objet d'une surcharge fonctionnelle, comme en témoignent les lâchages et la variabilité en fonction des observateurs : en effet, depuis le dernier examen neurologique, il apparaît une dysmétrie au membre supérieur gauche, une aggravation de la pallesthésie aux quatre membres et des troubles de l'équilibre. De plus, l'intensité de l'atteinte douloureuse paraît encore plus importante que celle constatée lors du dernier examen neurologique de novembre 2010, alors qu'il n'y a pas eu de nouvelles interventions.

Or, en avril 2009, il a été réalisé une neurolyse au niveau du coude gauche en raison d'un état de luxation du nerf cubital par rapport à l'épitrôchlée, sans signe franc de souffrances à ce niveau. Les examens réalisés à distance en postopératoire ont montré l'intégrité du nerf cubital gauche, ainsi que du plexus brachial, et l'absence de conflits au niveau radiculaire cervical. Il n'existe donc aucune atteinte anatomique résiduelle sur le système nerveux périphérique du membre supérieur gauche. D'autre part, les examens paracliniques, à savoir l'ENMG [électroneuromyogramme, réd.] et l'IRM du plexus brachial et des racines cervicales, ont démontré une intégrité du système nerveux périphérique.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

Pour la luxation du coude gauche, l'évolution est allée vers une rémission partielle, à un an de l'accident soit au 23 octobre 2008, laissant persister une limitation modérée de l'extension et de la supination du coude gauche. Concernant la contusion de la main gauche, le statu quo sine est atteint dès le 4 janvier 2008. L'état antérieur dégénératif du rachis cervical et lombaire, du poignet et de l'épaule gauche va évoluer pour son propre compte. Plus aucune évolution n'est à prévoir au niveau du poignet vu le délai important depuis les dernières interventions ; aucune récupération n'est à espérer à plus de cinq ans d'évolution. Il est à noter qu'aucun traitement antalgique n'est utilisé malgré la description d'une EVA [évaluation visuelle analogique, réd.] à 9/10 et un examen clinique caractérisé par des manifestations douloureuses très démonstratives.

Celles-ci sont en faveur d'une discordance compte tenu de la persistance d'une symptomatologie douloureuse et d'une impotence fonctionnelle majeure, à distance d'une intervention de neurolyse et d'une récupération ad integrum des paramètres électromyographiques. Par ailleurs, il est retrouvé des troubles de la sensibilité dépassant le territoire du nerf cubital et intéressant notamment le majeur qui dépend du nerf médian, des troubles moteurs faisant manifestement l'objet d'une surcharge fonctionnelle, comme en témoignent les lâchages et l'incohérence entre la force retrouvée à l'examen et celle constatée dans des mouvements spontanés.

Le pronostic est donc particulièrement réservé en ce qui concerne l'évolution, et ce d'autant que tous les traitements essayés jusqu'à maintenant n'ont apporté aucun soulagement.

d. [sic] En quoi les troubles somatiques sont-ils relégués au second plan de troubles psychiques. Analyse de l'état antérieur.

Au vu des constatations cliniques et des pathologies objectivables, lesquelles ne peuvent pas être soutenues par des examens objectivant l'atteinte, des variations importantes en fonction des observateurs précédents, des douleurs décrites et des manifestations douloureuses retrouvées lors de l'examen clinique, la question d'une participation psychiatrique à la pérennisation des troubles se pose, sachant que la présente expertise n'a pas exploré une pathologie psychiatrique sous-jacente.

(...) »

Se déterminant en date du 17 septembre 2014 sur le dossier de l'assureur-accidents, la recourante a maintenu sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un aspect orthopédique et psychiatrique. Prenant par ailleurs acte du fait que la pratique de la Cour de céans consistait à interroger les médecins par écrit plutôt que de les entendre en audience comme témoin, la recourante a soumis une liste de questions à l'intention du Dr S._____. Elle a en revanche fait savoir qu'elle renonçait à faire interroger le Dr L._____. Elle a encore joint un rapport du 27 avril 2013 du Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, adressé au Dr L._____, dans lequel il évoquait des intrications somato-psychiques.

Le 27 novembre 2014, la recourante a renouvelé sa requête visant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le Dr S._____ a répondu en date du 12 décembre 2014 au questionnaire de la recourante, en posant le diagnostic de douleurs chroniques persistantes post-traumatiques du coude gauche et du poignet gauche, depuis l'accident du 23 octobre 2007. Il a retenu un status après neurolyse du radial du coude gauche le 8 avril 2009, après arthrodèse du poignet gauche le 2 juillet 2008 et après luxation traumatique du coude gauche au Laos le 23 octobre 2007 traitée par réduction et immobilisation plâtrée. S'agissant de la capacité de travail, il a considéré que l'incapacité de travail était totale et durable comme aide-infirmière depuis le 23 octobre 2007. En revanche, dans une activité adaptée à son niveau de formation, il l'évaluait à environ 20 à 30%, ce taux s'élevant à 70 ou 80%

dans une profession strictement bureautique, sans manutention. Toute activité manuelle était exclue. Le Dr S._____ estimait que l'assurée ne retrouverait plus la mobilité de son membre supérieur gauche, comme avant l'accident. De plus, son âge (62 ans) et l'évolution du marché du travail constituaient selon lui un obstacle à la reprise d'une activité adaptée. Le Dr S._____ précisait pour finir ne pas avoir revu sa patiente depuis le 23 septembre 2011, si bien qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions de l'office AI concernant les traitements et les nouvelles limitations fonctionnelles durant la période courant du 25 octobre 2012 au 25 mars 2013.

Ce rapport a été transmis à chacune des parties, un délai au 11 février 2015 leur ayant été fixé pour se déterminer.

Par pli du 10 février 2015, Me Duc a informé le tribunal que la recourante avait résilié avec effet immédiat le mandat qu'elle lui avait confié. Il a toutefois maintenu sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le même jour, l'intimé a fait part de ses déterminations à propos des écritures de la recourante des 17 septembre et 27 novembre 2014, du rapport du Dr H._____ du 27 avril 2013, du rapport d'expertise de la Clinique K._____ du 17 septembre 2013 ainsi que de la prise de position du Dr S._____ du 12 décembre 2014. Expliquant avoir soumis ces pièces pour appréciation à son SMR, il a joint les avis que celui-ci a successivement émis à leur sujet sous la plume du Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, en date des 9 et 14 octobre 2014 ainsi que du 19 janvier 2015. Il en ressortait en substance que l'administration d'une expertise sur le plan rhumatologique et neurologique apparaissait nécessaire afin d'établir l'évolution de l'état de santé de la recourante entre l'examen clinique du SMR effectué en 2010 et l'expertise réalisée par la Clinique K._____ en 2013. L'intimé a souligné que les experts ne s'étaient prononcés que sur le lien de causalité entre les atteintes à la santé de la recourante et l'accident subi par cette dernière en 2007. En outre, ils faisaient état d'éléments objectifs

nouveaux qui n'avaient alors pas été mis en évidence par les médecins examinateurs du service précité. Ce procédé permettrait d'établir l'évolution de la capacité de travail et des limitations de l'intéressée depuis 2009.

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'assurance-invalidité sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjetés en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours du 22 février 2013 dirigé contre la décision du 21 janvier précédent (cause AI 49/13) et celui du 26 avril 2013 dirigé contre la décision du 25 mars précédent (cause AI 114/13) sont recevables si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assurée présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2010.

3. a) 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF [Tribunal fédéral] 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références). L'art. 61 let. c LPGA prévoit également le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1) ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la

cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

On précisera encore que, selon la jurisprudence, le devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires à l'appréciation du cas au sens de l'art. 43 al. 1 LPGA ne comprend pas le droit de l'assureur de recueillir un second avis médical (*second opinion*) sur les faits déjà établis par une expertise, lorsque celle-ci ne lui convient pas; l'assuré ne dispose d'ailleurs pas non plus d'une telle possibilité. Si l'assureur n'est donc pas autorisé à remettre en question le bien-fondé d'une évaluation médicale au moyen d'un second avis médical, il est néanmoins tenu d'examiner si et dans quelle mesure il convient de compléter l'instruction, afin que l'état de fait déterminant pour la solution du litige soit établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., n. 12 et 17 ad art. 43 LPGA ; TF 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 6.4.2.1).

4. a) Dans le cas présent, l'assurée a été victime d'un accident en date du 23 octobre 2007 ayant plus particulièrement entraîné diverses atteintes au membre supérieur gauche. En vue de préciser les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée et leur répercussion sur sa capacité de travail, l'office AI a diligenté un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR. Celui-ci a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante alors qu'elle était de 60% dès octobre 2009 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles afférentes au membre supérieur gauche et à la nuque. Sur cette base, l'intimé a rendu deux décisions, aux termes desquelles il reconnaissait le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2008, dite prestation étant réduite à un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2010 en raison de l'amélioration de l'état de santé constatée à partir du mois d'octobre 2009.

La recourante conteste cette appréciation, en soulevant plusieurs griefs, tant s'agissant de l'évaluation médicale proprement dite que des éléments retenus en vue de la comparaison des gains (calcul des empêchements ménagers et taux d'abattement sur le revenu d'invalidé). Elle sollicite par ailleurs la mise en œuvre de diverses mesures d'instruction, telles que l'audition du Dr S. _____ - lequel a répondu par écrit en date du 12 décembre 2014 aux questions de la recourante -, l'administration d'une expertise pluridisciplinaire - rhumatologique et psychiatrique - afin de déterminer sa capacité de travail et la production de son dossier en mains de l'assurance-accidents.

Faisant droit à cette dernière requête, le magistrat instructeur en a ordonné la production. Le dossier de l'assurance-accidents contenait en particulier le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 17 septembre 2013 réalisée à sa demande par la Clinique K. _____. Invités à se déterminer sur les éléments recueillis en cours de procédure judiciaire, la recourante a maintenu sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (écritures du 17 septembre et du 27 novembre 2014), tandis que l'office intimé a constaté que le rapport d'expertise précité faisait état d'éléments objectifs nouveaux n'ayant pas été mis en évidence par les Drs Z. _____ et U. _____ lors de leur examen clinique en 2010. Se ralliant aux prises de position du Dr W. _____ jointes à sa lettre du 10 février 2015, l'intimé a ainsi considéré qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise sur le plan neurologique et rhumatologique afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'intéressée depuis lors.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'occurrence, au vu des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGGA - cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant notamment un volet neurologique et rhumatologique (cf. art. 44 LPGGA), en vue de définir les troubles de la recourante et leur impact éventuel sur sa capacité de travail, en respectant les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4). Au vu de l'hypothèse formulée dans le cadre de l'expertise du 17 septembre 2013 quant à une « participation psychiatrique à la pérennisation des troubles », l'expertise à venir devra également comprendre un volet psychiatrique, investiguant entre autres les possibles

troubles mnésiques et anxieux de la recourante outre ses capacités intellectuelles. Il s'agira d'effectuer une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible de la recourante dans son activité habituelle d'aide-infirmière ainsi que dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent, puis de déterminer le taux d'invalidité. Les experts seront en outre invités à se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de l'intéressée depuis le mois d'octobre 2009. Sur cette base, il incombera ensuite à l'office intimé, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de la recourante.

5. En définitive, les recours du 22 février 2013 et du 26 avril 2013 se révèlent bien fondés et doivent donc être admis, ce qui entraîne l'annulation des décisions rendues par l'office AI le 21 janvier 2013 et le 25 mars 2013, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

6. Ayant procédé jusqu'au 10 février 2015 par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} et 49 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours du 22 février 2013 interjeté dans la cause AI 49/13 est admis.
- II.** Le recours du 26 avril 2013 interjeté dans la cause AI 114/13 est admis.

- III.** La décision rendue le 21 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- IV.** La décision rendue le 25 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- V.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- VI.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- VII.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme N._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :