

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Merz
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, aide infirmière, a déposé le 4 août 2008 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), invoquant un syndrome anxio-dépressif avec asthénie handicapante. Dans le formulaire 531bis relatif à son statut (part active/part ménagère), elle a précisé qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait comme auxiliaire de santé à 80% par nécessité financière.

Dans un rapport du 12 août 2008, le Dr Z._____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de syndrome anxio-dépressif persistant et handicapant, existant depuis juin 2007. Il attestait une période d'incapacité totale de travail dès juillet 2007, et de 50% depuis février 2008. Il joignait à son rapport une expertise médicale réalisée par la Dresse B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de R._____, assurance-maladie collective en cas de perte de gain. Dans son rapport rédigé le 18 décembre 2007, l'experte posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et arrêta la capacité de travail à 50%. Ce même diagnostic avait précédemment été posé en août 2007 par le Dr D._____, psychiatre à la Clinique [...], dans le cadre d'une première expertise confiée par R._____.

L'assurée a été convoquée le 20 octobre 2008 auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) pour un examen clinique psychiatrique. Dans son rapport rédigé le 5 novembre 2008, le Dr J._____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen, sans syndrome somatique, présent de juillet 2007 à juillet 2008, et, depuis lors, de dysthymie. La capacité de travail était totale dans toute activité depuis juillet 2008.

Dans un rapport du 4 décembre 2008, le Dr C._____, médecin au SMR, a considéré que la capacité de travail était nulle de

juillet à septembre 2007, de 50% d'octobre 2007 à juin 2008, et entière dans toute activité depuis lors.

Par projet de décision du 14 janvier 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif que sa capacité de travail et de gain demeurait complète à l'échéance du délai de carence d'une année, soit en juillet 2008.

L'assurée a remis à l'OAI un certificat du Dr Z. _____ rédigé le 9 février 2009, comme valant contestation au projet de décision. Le médecin traitant mentionnait que si la situation psychique et physique de sa patiente pouvait être considérée comme améliorée et permettant une capacité de travail de 100%, cette capacité était, selon lui, réduite à 50% depuis juillet 2008 et jusqu'à l'établissement du certificat, en raison de la persistance de difficultés psychologiques à caractère handicapant professionnellement.

Par décision du 30 juin 2009, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

B. En octobre 2009, l'assurance perte de gain a adressé à l'OAI un rapport du Dr Z. _____, aux termes duquel l'assurée souffrait toujours d'un syndrome anxio-dépressif persistant à caractère handicapant et présentait, depuis le 6 août 2009, des lombosciatalgies droites sur hernie discale L5-S1 droite.

Dans un certificat établi le 18 septembre 2009, et remis à l'OAI le 9 novembre suivant, le Dr Z. _____ a fait part de l'incapacité de travail totale présentée par l'assurée au début août 2009, en raison d'une hernie discale lombaire.

L'OAI est entré en matière sur cette nouvelle demande.

Dans un rapport du 20 octobre 2009, la Dresse X._____, spécialiste en neurochirurgie, a constaté qu'une IRM réalisée le 26 août 2009 révélait effectivement une discarthrose L5-S1 avec une petite hernie discale en contact avec la racine S1 droite. Elle estimait préférable d'épuiser le traitement conservateur et semi-invasif avec une injection péri-durale et des blocs facettaires avant de proposer une intervention neurochirurgicale.

Le 10 novembre 2009, l'assurée a été examinée par le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, sur mandat de R._____. Dans son rapport d'expertise rédigé le jour même, il était mentionné les diagnostics affectant la capacité de travail de syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, de surcharge pondérale et de discopathie L5-S1 et minime hernie discale légèrement luxée, et le diagnostic de syndrome anxio-dépressif modéré stabilisé comme sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr P._____ écrivait ce qui suit, au terme de son rapport :

« APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à une assurée de 48 ans, d'origine portugaise, en Suisse depuis 2000, marié, mère de 2 fils majeurs, sans formation professionnelle mais ayant travaillé au Portugal comme couturière puis comme mère au foyer puis en Suisse comme femme de ménage et femme de chambre puis depuis 2006 comme aide infirmière dans un EMS. Cette activité est stoppée suite à un syndrome anxio-dépressif avec arrêt de travail prolongé en 2008. Elle bénéficie de prestations de chômage depuis 2008.

Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs. Elle signale depuis août 2009, suite à un faux mouvement, l'apparition de lombosciatalgies D pour lesquelles elle bénéficie de prise en charge physiothérapeutique et une infiltration péri-durale avec évolution lentement favorable.

Au status de ce jour, l'examen met en évidence un syndrome lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Le réflexe achilléen est par ailleurs absent à D. On note également une hypomobilité en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une myogélose du moyen fessier à D. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'un syndrome polyinsersionite ou de signe de non-organicité selon Waddell. Il n'y a pas de diminution du seuil de déclenchement de la douleur. On note cependant un minime syndrome anxio-dépressif probablement, et actuellement semble stabilisé. Finalement, l'assurée présente une obésité avec BMI à 37k/m², ce qui limite aussi ses amplitudes articulaires.

Du point de vue paraclinique, l'IRM lombaire de août 2009 met en évidence une importante discopathie L5-S1 avec débordement herniaire et une petite image évocatrice d'un fragment herniaire luxé vers le bas. Actuellement à mon avis, cliniquement il n'y a pas de signe de conflit radiculaire.

Du point de vue thérapeutique, au vu de l'évolution favorable suite au traitement conservateur, il n'y a pas lieu de procéder à une prise en charge neurochirurgicale. Cependant, une prise en charge physiothérapeutique en thérapie manuelle avec mobilisation segmentaire et étirements des différents groupes musculaires à sec voire en piscine pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse. La poursuite de la même médication d'AINS et myorelaxante est à continuer. De plus, on pourrait améliorer l'antalgie par une antalgie mineure voire majeure en fonction de la symptomatologie douloureuse. Il est à noter que la symptomatologie tend à s'estomper.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité antérieure de femme de chambre et d'aide infirmière, estimant qu'il est nécessaire d'effectuer des mouvements en porte-à-faux avec port de charges et long bras de levier est estimé à 60%. Ceci pourrait être probablement augmenté de 10%/mois.

Dans une activité adaptée, en limitant le port de charges et des mouvements en porte-à-faux, sa capacité de travail pourrait être totale (accueil, vente ou manutention d'objet léger).

Cette appréciation se différencie de celle du Dr Z. _____ qui, dans son rapport du 12.10.2009 estime l'incapacité de travail à 100%. À mon avis, actuellement, l'évolution est plutôt favorable. Elle devrait à mon avis bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine, et une amplification de l'antalgie selon les besoins. De plus, l'assurée exprime l'envie de retrouver une activité professionnelle soit comme aide infirmière ou soit comme aide dans le travail avec les enfants. Une aide au placement voire de formation complémentaire par l'Al pourrait être encouragée.

6. REPONSES AUX QUESTIONS

a) Traitement médical actuel ? Des mesures thérapeutiques sont-elles susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé actuelle ? Si oui, lesquelles ?

L'assurée a bénéficié de l'infiltration péridurale effectuée en octobre 2009. Elle bénéficie d'un traitement myorelaxant et d'AINS. Un traitement d'antalgique mineur voire majeur pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse. De plus, à mon avis, une prise en charge physiothérapeutique à sec voire en piscine pourrait être à nouveau proposée.

b) Quel est le degré de l'incapacité de travail dans l'ancienne profession ? Quel est votre pronostic pour une reprise de travail totale dans cette profession ?

Dans son ancienne activité de femme de chambre et aide infirmière à 60%, à augmenter de 10%/mois.

Dans une activité adaptée et la poursuite de la prise en charge thérapeutique bien conduite, sa capacité de travail pourrait être totale.

Le pronostic est à mon avis bon ce d'autant plus que l'assurée désire reprendre une activité professionnelle, d'être insérée dans le tissu social, et qu'elle ne présente pas de signe de non organicité ou de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Le syndrome anxio-dépressif sous-jacent paraît être stabilisé et ne présente pas de caractère invalidant.

c) Du point de vue médical, quelle autre activité professionnelle serait [a] plus adaptée à l'assurée ?

Une activité professionnelle en diminuant les mouvements en porte-à-faux avec long bras levier et le port de charge de plus de 5kg paraît être une activité adaptée (travail avec les enfants).

d) Quelle activité adaptée doit-elle avoir ?

Actuellement, trop tôt pour se prononcer. Une activité diminuant les mouvements en porte-à-faux et le port de charge répétitifs.

e) Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assuré qu'il exerce une telle activité professionnelle ?

A 100% dès ce jour. »

Dans un rapport du 19 novembre 2009 à l'OAI, le Dr Z. _____ a mentionné que l'incapacité de travail était toujours totale. La Dresse X. _____ s'est prononcée dans un rapport daté du 4 décembre 2009, aux termes duquel étaient posées les restrictions suivantes : port de charge limité à 5 kg au maximum, position debout statique limitée à une heure, changements de position fréquents souhaitables, porte-à-faux à éviter, port de charge répété limité à 10 kg, position assise continue limitée à 2 heures et rotations bassin/épaules à éviter. Elle fixait la capacité de travail à 50%.

Le 15 février 2010, le Dr Z. _____ a rédigé une attestation médicale aux termes de laquelle il considérait, contrairement aux conclusions de l'expertise du Dr P. _____, que l'assurée était en incapacité totale de travailler depuis le 21 août 2009 pour une durée qui restait toujours indéterminée.

Dans un avis du 5 mars 2010, le Dr W. _____ du SMR a estimé qu'au vue des limitations fonctionnelles, à savoir éviter les positions en porte-à-faux avec long bras de levier et le port de charges de plus de 5 kg, l'exigibilité dans une activité adaptée était entière depuis au moins novembre 2009.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 22 septembre 2010, l'assurée a confirmé sa déclaration selon laquelle, en bonne santé, elle travaillerait à 80% par nécessité financière. L'enquêtrice a dès lors proposé que soit retenu le statut de 80% active et 20% ménagère. Elle a en outre estimé l'invalidité sur le plan ménager au taux de 14.5%. Il résultait également de l'enquête qu'une intervention était prévue le 29 septembre 2010 au Service de neurochirurgie du M. _____.

Selon un rapport établi le 24 novembre 2010 par le Dr V._____, médecin associé au Service de neurochirurgie du M._____, l'assurée a bénéficié le 29 septembre 2010 d'une microdiscectomie à L5-S1 droite. Lors de la consultation du 15 novembre 2010 à laquelle le rapport faisait suite, l'assurée n'avait pas de douleurs dans le dos et n'avait que très peu de douleurs, de temps en temps, au niveau de la jambe droite. La force et la sensibilité étaient bonnes. Le rapport adressé au médecin traitant se terminait comme suit :

« Appréciation

Il y a une très bonne évolution suite à la microdiscectomie à L5 S1 droite pour une hernie discale. A mon avis la patiente peut commencer à chercher un travail et éventuellement commencer un 25%, puis 50% et 100% après quelques semaines. Elle peut augmenter son activité quotidienne à la maison jusque normale sans risque supplémentaire. J'ai expliqué la situation à la patiente et à son mari. Je leur ai donné un certificat médical jusqu'au 31.12.2010 et je vous laisse revoir avec elle pour la suite. Je ne prévois pas de la revoir mais je reste à disposition en cas de nécessité. »

D'un rapport établi le 8 septembre 2011 par le Dr N._____, chef de clinique-adjoint du Service de neurochirurgie du M._____, il résulte que l'incapacité de travail a été totale du 28 septembre au 31 décembre 2010 et que la dernière consultation au M._____ avait eu lieu le 15 novembre 2010.

Dans un avis du 9 novembre 2011, le Dr K._____ du SMR considérait que les avis du M._____ devaient être suivis dans la mesure où ils étaient convaincants et plausibles. La capacité de travail dans l'activité habituelle était totale ; dans une activité adaptée, elle était totale depuis novembre 2009, nulle du 28 septembre au 31 décembre 2010, puis à nouveau totale dès le 1^{er} janvier 2011.

Le 24 novembre 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, une aide au placement pouvant être accordée. Le projet était libellé comme suit :

« En raison d'un trouble dépressif, vous aviez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle d'aide-

infirmière (à 100% du 09.07.2007 au 31.01.2008 et à 50% du 01.02.2008 au 30.06.2008). Votre incapacité de travail n'ayant pas duré une année au moins, nous vous avons notifié un refus de prestations AI le 30 juin 2009.

A la suite d'une nouvelle atteinte à la santé (lombo-sciatalgies), vous présentez une incapacité de travail à 100% depuis le 6 août 2009 et votre assurance perte de gain R. _____ vous a conseillé de présenter une nouvelle demande AI, ce que vous avez fait le 9 novembre 2009.

S'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, nous appliquons un nouveau délai d'attente d'une année dès le 6 août 2009 en estimant que votre capacité de travail est à nouveau restreinte en raison de votre état de santé.

A la demande de votre assurance perte de gain, R. _____, vous avez été examinée, le 10 novembre 2009, par le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, à [...] dans le cadre d'une expertise médicale.

Dans son rapport du 10 novembre 2009, l'expert estime que votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'aide-infirmière en EMS est exigible à 60% dès le 10 novembre 2009 et que cette capacité de travail augmente de 10% par mois. Dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (éviter les positions en porte-à-faux avec long bras de levier et le port de charges de plus de 5kg), votre capacité de travail est exigible à 100% dès le 10 novembre 2009, date du rapport d'expertise.

Nous tenons à préciser que l'expertise du Dr P. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Sur la base de ce rapport, le Service médical régional AI (SMR) retient les incapacités de travail suivantes dans votre activité habituelle d'aide-infirmière :

- à 100% du 06.08.2009 au 31.10.2009,
- à 60% du 01.11.2009 au 30.11.2009,
- à 50% du 01.12.2009 au 31.12.2009,
- à 40% du 01.01.2010 au 31.01.2010,
- à 30% du 01.02.2010 au 28.02.2010,
- à 25% du 01.03.2010 au 31.03.2010,
- à 10% du 01.04.2010 au 30.04.2010,

et admet que, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès le 10 novembre 2009 et à partir du 1^{er} mai 2010, votre capacité de travail est entière dans toute activité.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 6 août 2010, vous ne présentez plus d'incapacité de travail ni de gain (depuis le 1^{er} mai 2010 au moins), ce qui n'ouvre pas le droit à une rente AI.

En raison d'une aggravation de votre état de santé, vous avez été opérée au M. _____ le 28 septembre 2010. Selon les informations médicales reçues de cet Etablissement, votre incapacité de travail a été totale jusqu'au 31 décembre 2010.

Cette incapacité de travail, également de courte durée, ne vous ouvre pas non plus le droit à une rente. »

L'assurée, par son conseil, s'est opposée au projet de décision. Dans son écriture du 10 janvier 2012, elle mentionnait qu'il était loin d'être exclu que la problématique psychique ne soit plus d'actualité. Elle contestait en outre l'appréciation faite sur le plan rhumatologique par le Dr P. _____.

Dans un avis du 31 janvier 2012, le Dr K. _____ a admis que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% du 1^{er} décembre 2009 au 27 septembre 2010, jusqu'à la rechute du 28 septembre 2010.

Le 22 août 2012, le conseil de l'assurée a interpellé l'OAI en l'absence de nouvelles de sa part et joint à son courrier un rapport daté du 31 janvier 2012, rédigé à son attention par le Dr Z. _____, dont la teneur est la suivante :

« D'abord il faut considérer 2 pathologies bien distinctes l'une de l'autre à savoir :

1. Une décompensation anxiodépressive sévère et handicapante responsable d'une incapacité de travail à 100% du 9.7.07 au 31.1.08 puis à 50% du 1.2.08 au 15.2.09 date à laquelle l'assurance indemnités R. _____ stoppe les indemnités considérant que la patiente doit être apte au travail et qu'elle doit s'adresser au chômage en vue de retrouver un poste de travail dans les soins. Les difficultés psychiques en février 2009 se sont améliorées et bien que toujours présentes et nécessitant un suivi thérapeutique, elles permettent à la patiente plusieurs tentatives de réintégration professionnelle dès mars 2009. L'atteinte psychique n'est donc plus responsable d'un handicap susceptible de justifier une incapacité de travail ceci dès le 16.2.09.

2. Une pathologie disco-herniaire lombaire manifeste dès le 6.8.09 sur hernie discale L5 S1 qui ne peut être opérée que le 28.9.10 à savoir plus de 13 mois plus tard. Durant ces 13 mois, malgré de multiples traitements antalgiques, anti-inflammatoires, infiltrations profondes lombaires, la patiente reste totalement handicapée et

incapable physiquement de travailler. Ainsi l'incapacité de travail liée à la pathologie lombaire se précise comme suit :

Incapacité à 100% du 6.8.09 au 27.9.10 opération de hernie discale le 28.9.10 prolongeant l'incapacité de travail à 100% du 28.9.10 au 15.1.11 puis incapacité à 50% du 16.1.11 au 28.2.11 date à laquelle R. _____ assurance stoppe l'indemnité, considérant la patiente apte à un travail adapté dès le 1.3.11.

Dès mars 2011, la patiente, bien qu'encore sensible sur le plan lombaire, suit un programme de recherche d'emploi adapté à son handicap résiduel lombaire, piloté par l'ORP d' [...] et IPT (fondation intégration pour tous) avec un stage d'aide en soins et ménage à l'hôpital de [...] à [...] dès le 23.5.11.

Malheureusement le stage doit déjà être interrompu le 3.6.11 définitivement en raison de réapparition de lombalgies handicapantes suite à des ports de charges même minimales et les changements de positions trop fréquents du tronc. Depuis cet échec, la patiente a été dans l'incapacité de tenter une quelconque reprise d'activité.

En résumé, la pathologie lombaire a été à l'origine d'une incapacité à 100% du 6.8.09 au 15.1.11 (18 mois et 9 jours) puis à 50% du 16.1.11 au 28.2.11 (1 mois et 12 jours)

Puis un abandon complet de poursuite de recherche et d'activité professionnelle en raison de réveil de séquelles lombalgiques, dès le 3.6.11 qui persiste jusqu'à ce jour où la capacité résiduelle de travail devrait être estimée au maximum à 50% dans une activité exempte d'efforts physiques impliquant le tronc, ceci dès le 3.6.11 pour une durée indéterminée. »

Selon une fiche du Service de réadaptation de l'OAI établie le 27 août 2012, le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 39.71%.

Un rapport final daté du 17 octobre 2012, complémentaire à un précédent rapport du 13 août 2012, mentionnait la fin de l'aide au placement accordée le 24 novembre 2011 à la recourante. La fin de l'intervention était justifiée par l'échec de la réintégration sur le marché du travail dans un délai convenable. Une décision a été notifiée dans ce sens le 18 février 2013, laquelle a fait l'objet d'un recours (cause AI 81/13 - 4/2015).

Par décision du 18 février 2013, l'OAI a maintenu son refus de droit à la rente d'invalidité, exposant ce qui suit :

« Tenant compte de vos déclarations, nous retenons que sans atteinte à la santé vous auriez exercé une activité lucrative à un taux de 80%, les 20% restant étant consacrés à la tenue de votre ménage. Nous vous reconnaissons de ce fait le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%.

En raison d'un trouble dépressif, vous aviez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle d'aide-infirmière (à 100% du 09.07.2007 au 31.01.2008 et à 50% du 01.02.2008 au 30.06.2008). Votre incapacité de travail n'ayant pas duré une année au moins, nous vous avons notifié un refus de prestations AI le 30 juin 2009.

A la suite d'une nouvelle atteinte à la santé (lombo-sciatalgies), vous présentez une incapacité de travail à 100% depuis le 6 août 2009 et votre assurance perte de gain R. _____ vous a conseillé de présenter une nouvelle demande AI, ce que vous avez fait le 9 novembre 2009.

S'agissant d'une nouvelle atteinte à la santé, nous appliquons un nouveau délai d'attente d'une année dès le 6 août 2009 en estimant que votre capacité de travail est à nouveau restreinte en raison de votre état de santé.

A la demande de votre assurance perte de gain, R. _____, vous avez été examinée, le 10 novembre 2009, par le Dr P. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, à [...] dans le cadre d'une expertise médicale.

Dans son rapport du 10 novembre 2009, l'expert estime que votre capacité de travail dans votre activité habituelle d'aide-infirmière en EMS est exigible à 60% dès le 10 novembre 2009 et que cette capacité de travail augmente de 10% par mois. Dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles (éviter les positions en porte-à-faux avec long bras de levier et le port de charges de plus de 5kg), votre capacité de travail est exigible à 100% dès le 10 novembre 2009, date du rapport d'expertise.

Nous tenons à préciser que l'expertise du Dr P. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Lors de l'enquête ménagère effectuée en septembre 2010, nous apprenions que vous alliez subir une intervention chirurgicale le 29 septembre 2010. Le rapport du Dr N. _____, neurochirurgien, rapportait le 8 septembre 2011 une intervention par microdissection d'une hernie discale L5-S1 au M. _____ qui entraînait une incapacité de travail de 100% du 28 septembre 2010 au 31 décembre 2010. L'évolution était très favorable selon le Dr V. _____, médecin du service de neurochirurgie, qui confirmait le 24 novembre 2010 une reprise progressive d'abord à 25%, à 50% puis à 100% dès le 1^{er} avril 2011. Ces avis du M. _____ sont convaincants, plausibles et conformes aux données de la littérature médicale (durée de consolidation), le SMR indique de ce fait les suivre.

Sur la base du rapport d'expertise du Dr P. _____ et des éléments transmis par le M. _____, le Service médical régional AI (SMR)

retient les incapacités de travail suivantes dans votre activité habituelle d'aide-infirmière :

- à 100% du 06.08.2009 au 31.10.2009,
- à 60% du 01.11.2009 au 30.11.2009,
- à 50% du 01.12.2009 au 27.09.2010,
- à 100% du 28.09.2010 au 31.12.2010,
- à 75% du 01.01.2011 au 31.01.2011,
- à 50% du 01.02.2011 au 28.02.2011,
- à 75% du 01.03.2011 au 31.03.2011,
- à 0% dès le 01.04.2011,

et admet que, dans une activité adaptée à votre état de santé et qui tienne compte de vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière dès le 10 novembre 2009 et à partir du 1^{er} avril 2011 votre capacité de travail est entière dans toute activité.

Afin de déterminer votre préjudice économique présenté à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 6 août 2010, le revenu que vous auriez pu obtenir en poursuivant votre activité d'aide-infirmière à un taux de 80%, à savoir CHF 39'353.00 (revenu sans invalidité), est comparé aux gains que vous pouvez prétendre dans l'exercice à un taux de 80% d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tel par exemple que des activités d'employée de cafétéria, d'ouvrière de montage dans l'industrie légère, ou d'employée de conditionnement.

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assurée 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 2010, CHF 4'225.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, 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 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'394.00 (CHF 4'225.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'728.00.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assurée, 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 des limitations fonctionnelles présentées, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 47'455.20.

En comparant les revenus sans invalidité (CHF 39'353.00) et celui avec invalidité (CHF 47'455.20) qu'aucun préjudice économique n'est présenté. Il n'y a de ce fait aucune invalidité pour la part active.

Quant aux empêchements présentés dans la tenue de votre ménage, ceux-ci sont évalués, selon l'enquête effectuée le 22 septembre 2010, à 14.5%.

Le degré d'invalidité découlant des deux domaines d'activité est déterminé ainsi :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	0.00%	0.00%
Ménagère	20%	14.50%	<u>2.90%</u>
Degré d'invalidité			2.90%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

Quant à la période d'incapacité de travail liée à l'intervention subie en septembre 2010, elle a été d'une durée inférieure à un an. »

Dans un lettre d'accompagnement datée du même jour, l'OAI a exposé ce qui suit :

« Par l'intermédiaire de Me Munoz, vous vous êtes opposée au projet de refus de rente d'invalidité du 24 novembre 2011. Il est contesté l'évolution de la capacité de travail, et des mesures d'instruction supplémentaires, à savoir la mise en place d'expertise psychiatrique et rhumatologique, sont sollicitées.

Votre dossier a été soumis au Service médical régional AI (ci-après SMR) pour appréciation. Ces derniers apportent les éléments suivants ;

Une première demande de prestations AI déposée suite à des raisons psychiatriques s'est soldée par un refus le 30 juin 2009, l'incapacité de travail présentée ayant été d'une durée inférieure à un an.

Une deuxième demande est déposée le 9 novembre 2009 pour lombosciatalgies sur discopathie L5-S1 et minime hernie discale. Le début de l'incapacité de travail est fixé au 6 août 2009. Dans son rapport d'expertise du 10 novembre 2009, le Dr P. _____ mandaté par l'assurance perte de gain estimait l'incapacité de travail à 60%

dans l'exercice de votre activité habituelle d'aide-infirmière, avec capacité d'augmentation de 10% par mois, soit une pleine capacité de travail dans votre activité habituelle à partir du 1^{er} mai 2010. Dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, à savoir l'absence de positions en porte-à-faux avec long bras de levier et de port de charges supérieurs à 5kg, une pleine capacité de travail est reconnue à partir de février 2009.

Lors de l'enquête ménagère effectuée en septembre 2010, nous apprenions que vous alliez subir une intervention chirurgicale le 29 septembre 2010. Le rapport du Dr N._____, neurochirurgien, rapportait le 8 septembre 2011 une intervention par microdissection d'une hernie discale L5-S1 au M._____ qui entraînait une incapacité de travail de 100% du 28 septembre 2010 au 31 décembre 2010. L'évolution était très favorable selon le Dr V._____, médecin du service de neurochirurgie, qui confirmait le 24 novembre 2010 une reprise progressive d'abord à 25%, à 50%, puis à 100% dès le 1^{er} avril 2011. Ces avis du M._____ sont convaincants, plausibles et conformes aux données de la littérature médicale (durée de consolidation), le SMR indique de ce fait les suivre.

Me Munoz sollicite une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique. Il met en avant essentiellement des motifs psychiatriques remontant à 2007, et avance qu'il est loin d'être exclu que la problématique psychique ne soit plus d'actualité. Le SMR rappelle que la problématique psychique faisait suite à un conflit au travail à l'époque. L'évolution avait été favorable (cf. le rapport d'examen clinique psychiatrique effectué le 20 octobre 2008 auprès du SMR). Le SMR indique également qu'on ne peut se baser sur les déclarations du Dr Z._____, médecin traitant par nature empathique au regard de son patient, ni sur une évaluation technique du service de réadaptation qui n'est pas médicale. En outre, aucun avis psychiatrique ultérieur ne prouve le contraire. Le SMR relève encore que lors de l'expertise du 10 novembre 2009, le Dr P._____ rapportait d'ailleurs un état stabilisé. Pour ces raisons, le SMR rejette la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.

Concernant les lombalgies, le SMR précise que là encore l'argumentation du Dr Z._____ ne peut être retenue. Le rapport du Dr X._____, neurochirurgien, est d'un degré inférieur par rapport à une expertise et n'a pas de valeur probante. Enfin, le radiologue confirme un minime résidu, sans que soit matérialisée de compression locale véritable. Dans ces conditions, l'estimation du Dr P._____ concernant l'augmentation de la capacité de travail de 10% par mois dans l'exercice de l'activité habituelle était plausible. Toutefois, le SMR revoit l'évolution de la capacité de travail ;

Dans l'exercice de votre activité habituelle d'aide-infirmière,
0% du 6.8.2009 au 31.10.2009
40% du 1.11.2009 au 30.11.2009
50% du 1.12.2009 au 27.9.2010
0% du 28.9.2010 au 31.12.2010
25% du 1.1.2011 au 31.1.2011
50% du 1.2.2011 au 28.2.2011
75% du 1.3.2011 au 31.3.2011

10 % à partir du 1.4.2011

Dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles édictées sur le plan médical, vous présentez depuis au moins le 10 novembre 2009, date du rapport d'expertise, une pleine capacité de travail.

Le SMR réfute également toute nouvelle expertise rhumatologique au motif qu'ils ont pris en compte les derniers avis du M. _____ après la microdissection de septembre 2010.

Ainsi à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'article 28 LAI, soit au 6 août 2010, vous présentiez une incapacité de travail de 50% dans l'exercice de votre activité habituelle d'aide-infirmière. Par contre, vous présentiez une pleine capacité de travail dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, tel par exemple des emplois d'employée de cafeteria, d'ouvrière de montage dans l'industrie légère, d'employée de conditionnement.

La comparaison des revenus sans invalidité et avec invalidité ne met aucun préjudice, et par conséquent aucun degré d'invalidité, en évidence. Il s'ensuit que le droit à une rente d'invalidité n'est pas ouvert.

Suite à la microdissection subie en septembre 2010, vous avez présenté une nouvelle période d'incapacité de travail du 28 septembre 2010 au 31 mars 2011. Cette incapacité ayant duré moins d'une année, aucun droit à la rente ne peut être ouvert.

En conséquence, nous confirmons le refus de rente d'invalidité. Une décision sujette à recours vous est de ce fait remise sous même pli. »

C. L. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 21 mars 2013. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, elle fait grief à l'OAI de ne pas avoir examiné les troubles psychiques existant depuis 2006, « problématique récurrente et invalidante [qui] n'en demeure pas moins d'actualité », et de se fonder uniquement sur l'expertise du Dr P. _____ s'agissant des douleurs lombaires, dont la valeur probante ne saurait être reconnue eu égard aux avis médicaux contradictoires.

Dans sa réponse du 21 mai 2013, l'OAI a maintenu sa position et préavisé pour le rejet du recours.

La recourante a renoncé à déposer des explications complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 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).

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la demande déposée en septembre 2009, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

3. L'invalidité se définit comme 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 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 se définit 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité ; ainsi, un degré d'invalidité de 40% 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 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 350 consid. 3b/cc et les références).

5. a) Dans son écriture de recours, l'assurée revient sur les troubles psychiques l'ayant contrainte à interrompre son activité professionnelle dès juillet 2007. Le fait que la décision du 30 juin 2009 soit entrée en force ne justifie pas, selon elle, que la problématique psychiatrique ne doive plus entrer en ligne de compte.

La Cour de céans peine à comprendre ce raisonnement. En effet, en février 2009, le Dr Z. _____ atteste lui-même que la situation psychique de la recourante s'est améliorée, lui permettant la reprise de son activité professionnelle à 100%. Il confirme ce point de vue dans son rapport du 31 janvier 2012, écrivant que l'atteinte psychique n'est plus responsable d'un handicap susceptible de justifier une incapacité de travail dès février 2009.

La recourante n'apporte aucun élément laissant à penser qu'il existe une incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Le grief formulé à cet égard doit dès lors être écarté.

b) Sur le plan somatique, s'agissant des douleurs lombaires, la recourante soutient que l'OAI s'est fondé exclusivement sur l'expertise du Dr P. _____, dont la valeur probante ne saurait être reconnue eu égard à ses contradictions et affirmations non étayées.

Il est vrai que la décision de refus de rente d'invalidité du 18 février 2013 se fonde principalement sur l'expertise du Dr P. _____, énonçant toutefois l'avis des médecins du service de neurochirurgie du M. _____. Cela étant, la lettre d'accompagnement jointe à cette décision

fait référence au rapport rédigé le 24 novembre 2010 par le Dr V._____. Selon ce médecin, l'évolution ensuite de l'intervention chirurgicale du 29 septembre 2010 était tout à fait favorable et permettait une reprise du travail dès le début 2011. L'avis du Dr V._____, comme celui du Dr N._____, sont en l'espèce déterminants puisqu'au jour de l'expertise du Dr P._____, en novembre 2009, la recourante n'avait pas encore subi l'intervention par microdissection de la hernie discale L5-S1. Le Dr K._____ du SMR se rallie en outre à ces avis, les qualifiant de convaincants et plausibles.

Dès le début de l'année 2011, le Dr Z._____ s'est prononcé sur l'incapacité de travail. Dans son rapport du 31 janvier 2012, il fait état d'une capacité de travail exigible de 50% durant les mois de janvier et février 2011 ; il énonce une incapacité de travail totale dès le 3 juin 2011, en raison de la réapparition de lombalgies handicapantes ayant contraint l'assurée à interrompre son activité. On constate à cet égard que, bien que la procédure administrative fut en cours, aucun certificat médical n'a été produit, faisant état d'une telle incapacité ; le dossier de l'intimé ne comporte aucune pièce dans ce sens. Les lombalgies prétendues ne sont dès lors pas objectivées. De surcroît, on peut s'étonner que le rapport du Dr Z._____ du 31 janvier 2012 ait été produit quelques six mois après son établissement à l'intention du conseil de la recourante. Il n'y a dès lors pas lieu d'accorder à ce rapport la valeur probante que souhaiterait lui donner la recourante ; il convient donc de s'en tenir à l'avis émis par les médecins du service de neurochirurgie du M._____.

c) A l'aune de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que la recourante présente, depuis le 1^{er} avril 2011, une capacité de travail entière dans toute activité, les rapports médicaux n'ayant révélé aucun élément objectivable pour justifier une invalidité, tant sur le plan somatique que psychiatrique.

Relevons qu'à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, soit au 6 août 2009 (cf. rapport du Dr Z._____ du 18 septembre 2009), la recourante présentait une pleine capacité de

travail dans l'exercice d'une activité adaptées à ses limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail présentée à la suite de la microdissection, soit de septembre 2010 à mars 2011, a par ailleurs été inférieure à une année.

d) Compte tenu du statut de la recourante de 80% active et 20% ménagère, de l'absence d'invalidité pour la part active et d'un empêchement ménager de 14,50% qui n'est pas contesté, le degré d'invalidité présenté par la recourante atteint 2,90% (cf. ATF 137 V 334), taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente.

6. a) En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 21 mars 2013 par L._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour L._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :