

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 juillet 2015

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Dessaux, juge, et M. Monod, assesseur  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Antonella Cereghetti,  
avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 LPGA; art. 4 al. 1, 28 et 28a LAI; art. 29 1<sup>bis</sup> et 88  
RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 6 mars 1995, K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950, séparée, mère de trois enfants majeurs, a subi un accident, une chaise s'étant brisée alors qu'elle s'asseyait dessus. Les suites de cet accident ont dans un premier temps été prises en charge par l'assurance-accidents de l'assurée.

L'assurée a rempli et signé le 2 septembre 1998 un formulaire de demande de prestations AI pour adultes. Invoquant la survenance d'un cas de "(maladie) accident Mai 97 - Avril 98", elle a indiqué souffrir depuis le 6 mars 1995 d'une atteinte à la colonne vertébrale L4-L5-S1, une opération ("spondylodèse") ayant été pratiquée le 14 novembre 1997.

L'assurance-accidents a supprimé ses prestations avec effet au 31 octobre 1996 par décision du 9 décembre 1996, confirmée en dernière instance par arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 4 avril 2000 (U 325/99).

Dans un rapport du 6 janvier 1999, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation à l'hôpital orthopédique [...], a constaté une évolution "tout à fait favorable" à la suite d'une spondylodèse L4/S1 et a admis la reprise d'une activité professionnelle à 100% adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée (alternance des positions; port de charges limitées à 10 kg).

Par projet du 22 juin 2001, confirmé par décision du 20 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs suivants :

"(...) Suite à des problèmes de santé, vous avez présenté de courtes périodes d'incapacités de travail. Après analyse de votre dossier, il ressort que vous présentez des limitations fonctionnelles mineures et que votre capacité de travail est entière dans les activités exercées à ce jour, adaptées à votre état de santé.

L'activité à temps partiel est un choix personnel et non une restriction médicale, de ce fait il n'y a pas de préjudice économique. (...)"

N'ayant fait l'objet d'aucun recours, cette décision est entrée en force.

**B.** L'assurée a rempli un nouveau formulaire de demande de prestations le 20 février 2005 et l'a transmis à l'OAI. Dans son courrier d'accompagnement, elle a fait valoir une dégradation constante de son état de santé.

A l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a produit les documents médicaux suivants :

- un rapport envoyé le 29 octobre 2004 par le Dr Z. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) au Dr P. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée) à la suite d'une consultation postopératoire, en particulier rédigé comme suit :

"(...) Evolution 4 mois après l'opération de décompression, discectomie et stabilisation semi-rigide L3/4. Actuellement, la patiente n'est toutefois pas libre de douleurs bien qu'elle ait été asymptomatique durant les 4 semaines qui avaient précédé le moment de la reprise du travail avec le même pourcentage qu'auparavant (80%, selon le contrat mais 120% effectif en raison d'une surcharge de travail dans le cadre d'un manque de personnel). Réapparition de troubles situés surtout au niveau de la charnière lombosacrée et dans la région des articulations sacro-iliaques quelques semaines après la reprise du travail.

Les douleurs irradient de façon pseudoradiculaire en direction des hanches ainsi que de temps à autre également vers l'avant, dans le pli inguinal et/ou à la partie antéromédiane de la cuisse,  $\frac{1}{4}$  supérieur, des deux côtés, mais sont plus fortes du côté gauche. Accentuation des douleurs lorsque la patiente sort de la voiture et effectue des mouvements d'abduction et de flexion de la cuisse. Douleurs également plus marquées lorsque la patiente effectue des parcours répétés dans les escaliers lorsqu'elle se relève de la position assise prolongée ou demeure en position debout. Les troubles sont alors surtout situés au niveau des fesses, en arrière du grand Trochanter. La patiente prend au besoin des comprimés de Voltarène et/ou de Dafalgan. De l'anamnèse, il ressort surtout un certain épuisement nerveux avec conflit de plus en plus important dans le cadre du travail avec son chef direct et la sensation de ne

pas voir une issue à la surcharge du travail actuelle. La patiente n'a que très peu de temps à disposition pour elle-même, étant complètement absorbée par son travail. Des solutions n'ont pas encore été discutées avec son chef. A ce sujet, une rencontre est prévue prochainement. Une fois par semaine, la patiente se rend en physiothérapie. Le traitement apporte une nette amélioration mais de courte durée. Elle n'a pas le temps de se rendre plus fréquemment à des séances de physiothérapie.

A l'examen, on note une marche sans boiterie toutefois avec des mouvements accompagnateurs limités au niveau des hanches et du bassin. A la marche, le bassin effectue des mouvements de rotation dans le plan horizontal. La latéroflexion ainsi que la rotation du torse des deux côtés est limitée d'environ  $\frac{1}{4}$  par rapport à la normale. Ces mouvements ne sont pas douloureux. Il en va de même pour l'hyperextension. La flexion antérieure du torse est limitée à partir d'une distance doigt/sol de 50cm. La patiente peut se relever de la position antéfléchie sans prendre appui sur les genoux. Pas de douleurs particulières lors de ce dernier mouvement. Douleurs à la pression en regard des articulations sacro-iliaques bilatéralement. Pas de douleur à la pression dans la région lombaire paravertébrale. Douleurs à la pression au niveau de l'échancrure sciatique ainsi que des fesses en direction du grand Trochanter. La rotation interne des jambes provoque des douleurs au niveau des fesses. Pas de signe d'irritation radiculaire résiduelle. Pas de signe de déficit sensitivomoteur.

**Evolution et propositions :** Les troubles présentés par la patiente sont compatibles avec un syndrome douloureux au niveau du muscle piriforme. La patiente poursuivra les exercices de physiothérapie avec tonification/relaxation de la musculature abdominale et lombaire ainsi que fessière. Un traitement de Celebrex 100mg/jour associé à du Dafalgan a été prescrit. L'attitude ultérieure concernant la poursuite de l'activité professionnelle dépendra du résultat de l'entretien futur avec son chef. Un contrôle ambulatoire est prévu dans 2 mois.  
(...)"

- un rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 10 novembre 2004 à l'intention de l'assurance [...], libellé comme suit :

"(...) **ne peut plus travailler depuis le : 06.05.2004**

(...)

1. Anamnèse

Persistance de lombalgies depuis environ 2 ans, d'intensité croissante, très invalidantes, de type mécanique. Exacerbation surtout durant ces 2 dernières années. Suite à la mise en place d'une stabilisation transpédiculaire postérolatérale rigide, la patiente était demeurée durant de nombreuses années asymptomatique.

2. Aspects et/ou éléments subjectifs ?

L'examen mettait surtout en évidence un syndrome lombovertébral marqué avec douleur à la pression de la musculature paravertébrale bilatérale, plus marquée du côté droit, de même qu'à

la pression au niveau de la musculature fessière ainsi qu'au-dessus du grand trochanter plus particulièrement à droite.

Les divers examens ne mirent pas en évidence de signes nets d'irritation des articulations sacro-iliaques bilatéralement. Pas de signe non plus d'irritation radiculaire typique.

Les diverses infiltrations permirent de conclure à un syndrome facettaire douloureux au niveau L3/4.

3. Dans quelle mesure les aspects et/ou éléments subjectifs peuvent-ils ou ont-ils pu être objectivés sur le plan clinique ?

L'effet des infiltrations était demeuré toutefois de courte durée, de telle sorte que, étant donné l'évolution défavorable et le degré d'invalidité croissant, une indication à une décompression radiculaire L3/4 du côté droit accompagnée d'une stabilisation semi-rigide inter-épineuse fut posée.

4. Diagnostic ?

Instabilité segmentaire L3/4 jonctionnelle, au-dessus d'une spondylodèse postérolatérale L4-5-S1. Compression récessale L3/4 droite.

5. Date d'apparition des premiers symptômes ?

Voir anamnèse.

6. Taux d'incapacités de travail relatifs à l'activité lucrative habituelle, dès le début du cas ?

à 100% du 4.03.2004 au 12.03.2004

à 100% du 6.05.2004 au 25.06.2004

à 50% du 28.06.2004 au 31.07.2004

7. L'incapacité de travail est-elle influencée par une cause étrangère à ladite affection ?

Si oui, laquelle ?

Non.

8. Degré et durée de l'incapacité de travail dans la profession actuelle ?

Actuellement la patiente est à 50% de capacité de travail. Il est difficile, vu la situation clinique lors du dernier contrôle ambulatoire, d'évaluer si la patiente pourra augmenter sa capacité de travail au-delà de 50% et à partir de quand une telle augmentation sera possible.

9. Traitement entrepris et mesures prévues (thérapie, traitement hospitalier, réadaptation professionnelle, etc.)

Une intervention de décompression microchirurgicale L3/4 droite de même que intra-foraminale L4/5 droite avec stabilisation semi-rigide par cale inter-épineuse L3/4 a été effectuée le 7 mai 2004.

10. La patiente pourrait-elle effectuer un autre travail, éventuellement dans des conditions de travail modifiées ? si oui, lequel et à quel pourcentage ?

Le travail actuel semble adapté aux problèmes de dos dont souffrent la patiente puisqu'il permet d'une part d'éviter le port de charges supérieures à 15Kg, mais aussi les positions répétées ou soutenues d'antéflexion du torse. Dans le travail actuel, la patiente

peut également changer fréquemment de position. Je ne pense pas qu'une autre activité ait plus de chance de maintenir la capacité de travail et d'autre part d'augmenter celle-ci.

11. Estimez-vous qu'un examen de contrôle par notre médecin consultant (expertise médicale) serait indiqué ? Si oui, souhaitez-vous nous proposer un expert ?

Non.

12. Remarques personnelles ?

Au cas où dans les prochains mois une augmentation de la capacité de travail ne serait pas obtenue, une annonce pour un soutien par l'assurance-invalidité de 50% sera effectuée.  
(...)"

- un rapport adressé le 23 novembre 2004 au Dr Z. \_\_\_\_\_ par la Dresse L. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), avec notamment la teneur suivante :

"(...) Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, notons un carcinome utérin opéré à l'âge de 30 ans et une cure de hernie discale L4-L5 et L5-S1 complétée d'une spondylodèse.

Le problème lombaire est survenu en 1995 à la suite d'une chute banale d'une chaise. Alors que K. \_\_\_\_\_ était auparavant très active et sportive elle a ressenti immédiatement de vives douleurs lombaires suivies d'une sciatique gauche. Malgré une relation causale qui semblait évidente, le cas a été refusé par l'assurance accident après examen au Tribunal Fédéral des assurances. Cette situation a probablement engendré un état de stress et un sentiment d'injustice qui perdurent.

Après l'intervention, la patiente a repris un activité comme infirmière scolaire en suivant des cours de formation en gestion d'entreprise. Pour diverses raisons professionnelles elle a dû renoncer à cette activité de responsable d'école et a été engagée en 2001 à la [...] comme infirmière responsable.

A partir de mars 2004, la situation s'est détériorée avec des lombalgies persistantes dues à une instabilité L3-L4 soit au-dessus de la spondylodèse. Après échec des traitements conservateurs, vous avez effectué le 7 mai 2004 une stabilisation semi-rigide par cale inter-épineuse L3-L4.

Malheureusement, l'évolution n'est pas idéale avec la persistance de lombalgies invalidantes. Il n'y a pas d'irradiation radiculaire mais avec une sensation de faiblesse dans les membres inférieurs.

Au plan professionnel, K. \_\_\_\_\_ essaye tant bien que mal d'assumer un 50% mais elle a beaucoup de difficultés à garder la même position de façon durable. Elle doit absolument éviter le port de lourdes charges et aussi les mouvements de rotation du tronc. Le travail qu'elle effectue permet de ménager le rachis mais il existe aussi un sentiment d'épuisement tant physique que psychologique relatif à ces douleurs chroniques. Un suivi psychologique est assuré.

Les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires parviennent difficilement à juguler les symptômes. Notons encore que K. \_\_\_\_\_ doit se faire aider dans les activités de la vie quotidienne (ménage, courses) et qu'il lui faut parfois une heure pour se préparer le matin (toilette et habillage).

**A l'examen clinique,** j'ai trouvé un important syndrome lombovertébral avec douleurs à la palpation de la musculature paravertébrale, un indice de Schober de 10-12 cm avec une dds supérieure à 40 cm. La musculature fessière est sensible surtout à droite avec une tendinopathie d'insertion au niveau du grand trochanter. Je n'ai pas trouvé de signe d'irritation radiculaire à l'examen neurologique. La force et les réflexes ostéo-tendineux sont symétriques.

**En conclusion,** je partage tout à fait votre avis et je pense qu'il est exclu que cette patiente puisse augmenter sa capacité de travail au-delà de 50%. Elle dit d'ailleurs elle-même que 40% est à la limite du supportable.

Il y a malheureusement un problème d'organisation du travail et son employeur risque fort de renoncer à ses services dans l'activité d'infirmière responsable. Il me semble toutefois impératif qu'elle puisse garder un poste de cadre qui n'implique pas un travail sur le terrain mais des activités plutôt administratives. Il semble de toute évidence qu'un reclassement professionnel est inutile. J'ai aussi encouragé la patiente à envoyer la demande d'Assurance Invalidité car il est plus facile d'y renoncer que de faire les démarches au dernier moment...

Comme mesure médicale visant à améliorer la situation, peut-être pourrait-on envisager la mise en place d'un stimulateur intrarachidien. Je dois avouer que j'ignore si cette mesure est possible en présence de matériel d'ostéosynthèse.  
(...)"

Dans un rapport établi le 17 novembre 2005 à la demande de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral chronique, de status après décompression canalaire droite avec stabilisation semi-rigide en L3/4 de même que décompression radiculaire L4, récessale L3/4 et intraforaminale L4/5 droite en date du 7 mai 2004, de status après spondylodèse L4-5-S1 en novembre 1997 et de coxalgies particulièrement à gauche. Il a estimé l'incapacité de travail dans l'activité exercée à 100% du 4 au 12 mars 2004, à 100% du 6 mai au 28 juin 2004, à 50% (pour un taux de travail de 80%) du 29 juin au 31 juillet 2004, à 0% pour les mois d'août et septembre 2004, à 50% (sur 100%) du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2004 puis à 50% (sur 80%) jusqu'au 30 novembre 2005. Selon lui, l'assurée n'était pas capable d'exercer une activité à moyen terme, même dans un travail adapté, à un taux supérieur à 40%.

Le Dr R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) a rendu un rapport le 2 août 2007, retenant les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de coxarthrose gauche existant depuis plus de sept ans, de status après spondylodèse L4-L5, L5-S1 et de status après incision et tirage axillaire d'un lipome creux axillaire gauche. Il a exposé avoir traité l'assurée du 24 novembre 2005 au 31 juillet 2007 et qu'à sa connaissance, l'intéressée ne présentait pas d'arrêt de travail en ce qui concernait l'aspect orthopédique. Dans un formulaire rempli le 31 juillet 2007 en annexe à son rapport, ce praticien a retenu que l'activité actuelle n'était plus exigible de l'assurée, de même que toute autre activité. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- position assise pendant vingt minutes ("20'") par jour;
- position debout pendant vingt minutes par jour;
- la même position du corps pendant une heure par jour;
- pas de position à genoux;
- pas d'inclinaison du buste;
- pas de position accroupie;
- périmètre de marche maximal de trois cents mètres;
- levage, port ou déplacement de charges limitées à dix kilos;
- pas de mouvement des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs;
- pas d'horaire de travail irrégulier, de nuit ou de matin;
- pas de travail en hauteur ou sur une échelle;
- pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente.

Une enquête ménagère a été mise en œuvre, le rapport du 17 octobre 2007, qui conclut à un statut d'active à 80%, indiquant en particulier les restrictions suivantes :

- "(...) - Limitations fonctionnelles (sources) :
- physiques : Alternance des positions assise et debout toutes les 20'. Parcours de marche de 300 mètres. Port de charge pas au-delà de 10 kg. Pas de mouvements répétitifs du tronc

et du dos. Pas de travail irrégulier ou en hauteur. Pas de déplacements sur sol irrégulier.

- psychiques : Nihil

(...)

**6. Travaux**

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
<b>6.1 Conduite du ménage</b> planification / organisation / répartition du travail / contrôle Pas de problème.	2 - 5%	5 %	0 %
<b>6.2 Alimentation</b> Préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions L'assurée fait les repas pour elle et son époux. Elle fait l'entretien courant de l'espace cuisine. Elle fait tout au fur et à mesure. Elle peut nettoyer son frigo et son four en adoptant des positions antalgiques et adéquates. Elle arrive à passer l'aspirateur et la serpillière dans le coin cuisine.	10 - 50%	40 %	0 %
<b>6.3 Entretien du logement</b> Epousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits Changement de literie avec le mari. Pour le reste du ménage, elle vaque à ses tâches ménagères de manière journalière, pièce par pièce et zone par zone.	5 - 20%	20 %	10 %
<b>6.4 Emplettes et courses diverses</b> Poste / assurances / services officiels Les courses importantes sont faites à deux, car l'assurée ne peut pas porter du lourd. Elle se fait livrer toutes les boissons à domicile. Sur place, elle a un petit magasin au bas de l'immeuble et elle est en mesure de faire de petites courses. Les paiements et les démarches administratives sont faits ensemble.	5 - 10%	10 %	0 %
<b>6.5 Lessive et entretien des vêtements</b> Laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder / nettoyer les chaussures La lessive est faite sur place et donc l'assurée ne rencontre pas de difficultés majeures. De plus, ils ne sont que deux. Cette dame est en mesure de faire le repassage debout.	5 - 20%	20 %	0 %
<b>6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille</b> Néant.	0 - 30%	0 %	0 %
<b>6.7 Divers</b> Soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / Création artistique L'assurée arrose ses plantes sans problème.	0 - 50%	5 %	0 %
<b>Total</b>		<b>100 %</b>	<b>2 %</b>

(...)"

A la demande de l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_ a produit un nouveau rapport le 6 mars 2008, posant les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de status après resurfaçage de la hanche gauche, de coxarthrose droite, de status après spondylodèse pluriétagée lombaire et d'état dépressif. Il a retenu une capacité de travail nulle depuis une intervention sur la colonne lombaire de l'assurée. Dans les annexes à son rapport, ce spécialiste a retenu que l'activité actuelle de l'assurée était encore exigible à hauteur d'environ quatre heures par jour, avec une diminution de rendement de près de 30%. Il a estimé que cette capacité de travail pouvait être améliorée par une alternance des positions debout et assise. Il a nouvellement estimé que l'assurée était capable de travailler en position debout, assise et alternée - mais sans pouvoir rester

longtemps dans la même position -, d'incliner le buste et de se déplacer à pied. Selon lui, le fonctionnement intellectuel de l'intéressée n'était plus normal et la capacité de travail en charge était réduite à hauteur de cinq kilos au plus, les autres limitations précédemment retenues étant par ailleurs maintenues.

Une expertise interdisciplinaire orthopédique (Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique), rhumatologique (Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réhabilitation) et psychiatrique (Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) a été confiée au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : le CEM). Le 25 septembre 2008, celui-ci a produit deux rapports d'évaluations psychiatrique et orthopédique des 11 juillet et 21 août 2008, ainsi qu'un rapport d'expertise interdisciplinaire, dans lequel on peut notamment lire ce qui suit :

"(...) **A. QUESTIONS CLINIQUES**

(...)

**A.4 DIAGNOSTICS**

**A.4.1 avec répercussion sur la capacité de travail**

- Lombalgies chroniques sur
  - o status après spondylodèse L4-S1 en 1997 et décompression microchirurgicale avec stabilisation semi-rigide L3-L4 en 2004.
  - o aggravées par une différence de longueur des membres inférieurs.
- Status après resurfaçage de la hanche gauche en octobre 2007.

**A.4.2 sans répercussion sur la capacité de travail**

- Trouble de l'humeur, épisode affectif mixte (F38.00).
- Traits de trouble de la personnalité mixte (anxieuse, narcissique et impulsive) (F60.8)
- Coxarthrose droite.

**A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

K.\_\_\_\_\_ était une femme très active sans problème de santé particulier jusqu'en 1995. A ce moment, elle a fait une chute entraînant des douleurs lombaires chroniques. L'investigation a détecté une instabilité segmentaire et une première intervention chirurgicale a lieu en 1997 avec spondylodèse L4-S1, lui permettant la reprise d'une activité professionnelle, bien qu'elle n'ait jamais été vraiment libérée des douleurs. Suite à une aggravation, une deuxième opération est réalisée en mai 2004 où l'on procède à une décompression microchirurgicale L3-L4 droite et à une stabilisation semi-rigide au même niveau. Malgré tout, l'assurée n'a continué son activité professionnelle qu'à 50%, voir (sic) même à 40% en raison de douleurs importantes. Dans le cadre d'une coxarthrose, des

coxalgies gauches se sont développées, aboutissant à la mise en place d'une prothèse selon la technique de resurfaçage en octobre 2007.

Actuellement, K.\_\_\_\_\_ décrit des douleurs de la région lombaire droite touchant toute la région du bassin à droite enchevêtrées à des douleurs de la hanche. Ces douleurs se sont aggravées à la suite du resurfaçage de la hanche gauche réalisé en octobre 2007. D'après K.\_\_\_\_\_, cette opération a permis la disparition des douleurs inguinales gauches, mais a également entraîné un déséquilibre de toute la ceinture pelvienne.

A l'examen clinique, on constate au niveau lombaire une très importante limitation de la mobilité de toute la région lombaire prédominant entre L2 et S1 avec des contractures de la musculature paravertébrale lombaire droite. Au niveau des deux hanches, on constate une limitation de la mobilité surtout en rotation et des contractures et une amyotrophie de la musculature fessière.

Les examens radiologiques montrent une différence de longueur des membres inférieurs en défaveur de la gauche de l'ordre de 15 à 18 mm et, au niveau des hanches, une coxarthrose modérée à droite avec une prothèse de resurfaçage de la hanche gauche bien en place. Au niveau lombaire, l'imagerie montre le matériel de spondylodèse en place et stable sur les clichés fonctionnels.

En somme, on peut estimer qu'il y a eu une aggravation de la situation algique suite à l'intervention sur la hanche gauche en raison d'un déséquilibre du bassin avec péjoration des lombalgies préexistantes. Cependant, ceci pourrait être corrigé avec le port de semelles de compensation et par des séances de physiothérapie afin de traiter les contractures musculaires. Cette aggravation devrait donc être transitoire.

Le bilan psychiatrique met en évidence un trouble de l'humeur mixte et des traits de trouble de la personnalité avec des composantes anxieuses, narcissiques et impulsives. Ces atteintes sont peu importantes et ne limitent pas la capacité de travail. Cependant, un travail psychothérapeutique pour la gestion du stress est conseillé.

En résumé, K.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs du bas du dos et des fesses dans le cadre d'une rigidification de sa colonne lombaire (spondylodèse) et d'une inégalité de longueur des jambes accentuée après la mise en place d'une prothèse articulaire de la hanche gauche. Les douleurs alléguées s'expliquent qualitativement bien par ces observations cliniques. Il est plus difficile de comprendre pourquoi l'assurée ne cherche pas à soulager ces douleurs avec des mesures simples, comme le porte de semelles compensatrices. En effet, elle revendique davantage une remise en état de son intégrité corporelle, même s'il fallait repasser par une nouvelle intervention chirurgicale. Cette démarche est probablement en lien avec son trouble de la personnalité (trouble narcissique), mais aussi avec le diagnostic différentiel de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Nous ne retenons pas ce dernier diagnostic dans la mesure où l'intervention a réussi à faire disparaître les douleurs propres de l'arthrose et, d'autre part, parce que les douleurs alléguées restent localisées et correspondent aux atteintes physiques.

Actuellement, nous admettons que les douleurs ne sont pas suffisamment bien traitées, mais que le port de semelles compensatoires serait exigible et aurait de bonnes chances de réduire les douleurs de façon importante. Au vu des exigences physiques très réduites dans l'activité de cheffe infirmière administrative, nous retenons une importante capacité de travail résiduelle et ceci très rapidement après la mise en place d'une compensation de la longueur des jambes.

Le pronostic médical concernant la colonne lombaire reste réservé car le déficit en liberté de mouvement issu des segments stabilisés va devoir être compensé par les structures adjacentes qui seront toujours surchargées. Au niveau de la coxarthrose, le pronostic est bon avec la possibilité de recourir à la mise en place d'une prothèse de hanche totale.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

**Au plan physique :** il y a des limitations pour les positions statiques assise ou debout prolongées, ainsi que pour le port de charge qui est au maximum de 10 kg.

**Au plan psychique et mental :** pas de limitation

**Au plan social :** pas de limitation

### **B.2 Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici**

#### **B2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

L'atteinte physique limite la tolérance envers le maintien prolongé d'une position statique, ainsi que le port et le soulèvement de charges.

#### **B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

Une activité sédentaire avec la possibilité de changer de position à son propre gré lui est possible.

#### **B.2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui, à plein temps.

#### **B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Oui, de l'ordre de 30%.

#### **B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20% ?**

Depuis 2004

#### **B.2.6 Comment le degré d'incapacité a-t-il évolué depuis lors ?**

Il s'est aggravé avec la péjoration de la coxarthrose et a progressivement diminué à 50% avant l'intervention d'octobre 2007. Depuis cette intervention, respectivement à la fin de la convalescence d'environ 2 à 3 mois, et en appliquant une compensation de la longueur des jambes, on peut à nouveau admettre une capacité de travail entière.

### **B.3 En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Oui.

## **C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

### **C.1 Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?**

Oui , mais elles ne sont pas nécessaires.

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes.**

K. \_\_\_\_\_ possède des aptitudes et des ressources propres mobilisables qui lui permettent de répondre aux critères cités sans plan de réadaptation spécifique.

**Si non, pour quelle raison ?**

Caduque.

### **C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Oui.

#### **C.2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

Siège ergonomique, semelles orthopédiques et physiothérapie pour les contractures et amyotrophies de la ceinture pelvienne.

#### **C.2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Elles permettraient une reprise de l'activité à plein temps. Néanmoins, une diminution du rendement persistera.

### **C.3 D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?**

Oui.

#### **C.3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Il faut tenir compte des limitations décrites sous B.1.

#### **C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ? (heures par jour) ?**

8 heures par jour.

#### **C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Oui, de l'ordre de 30%.

#### **C.3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Caduque.

## **D. REMARQUES**

Notre appréciation de la capacité de travail diffère quelque peu de celles présentes dans le dossier médical. Nous expliquons ce fait par l'amélioration intervenue suite à la mise en place de la prothèse de la hanche, par l'amélioration potentielle à attendre du traitement exigible (semelles de compensation) et, finalement, par l'estimation que les exigences physiques dans son activité sédentaire administrative sont minimales en raison de la grande liberté de choisir sa position à son propre gré.

(...)"

Le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est prononcé sur la situation de l'assurée dans un rapport médical du 11 novembre 2008 retenant, à titre de diagnostics influençant la capacité de travail, des lombalgies chroniques et un status post spondylodèse L4-S1 et stabilisation semi-rigide L3-L4 ayant entraîné une incapacité de travail durable de 50% dès le mois d'octobre 2004, réduite à 0% dès le début de l'année 2008. Selon lui, la capacité de travail exigible était de 100% avec une baisse de rendement de 30%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, sous réserve de limitations fonctionnelles (pas de position assise ou debout prolongée, port de charge au maximum de 10 kg).

Le Dr [...], spécialiste en radiologie, a établi le 19 novembre 2008 un rapport de scintigraphie osseuse libellé comme suit :

"(...) Des vues précoces et tardives sont réalisées centrées sur la ceinture pelvienne. Sur les vues précoces réalisées 5 minutes après l'injection du radio-traceur on discerne déjà une hypoactivité en regard de la tête fémorale gauche. Il n'y a par contre pas d'hyperactivité anormale au niveau cotyloïdien ou/ni du col fémoral gauche.

Sur les vues tardives réalisées 3 heures plus tard, on retrouve l'hypoactivité de la partie circonférentielle de la tête fémorale gauche. La répartition du radio-traceur sur le reste du squelette est normale. S'il n'y a aucun matériel prothétique en regard de cette tête fémorale, cette hypoactivité témoigne d'un trouble de la vascularisation de cette tête, sans processus réactionnel environnant. (...)"

Le 27 janvier 2009, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision tendant à l'octroi d'une demi-rente pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 (au terme d'un délai d'attente d'une année) au 1<sup>er</sup> avril 2008, considérant que l'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gain de 50% du 1<sup>er</sup> octobre 2004 au 31 décembre 2007.

L'assurée - désormais assistée de l'avocate Antonella Cereghetti - s'est déterminée le 26 février 2009, faisant valoir que l'expert orthopédique T. \_\_\_\_\_ avait seulement émis une hypothèse future quant

au recouvrement d'une pleine capacité de travail (sous réserve d'une baisse de rendement de 30%), sans que cette hypothèse se soit réalisée. L'assurée a exposé à cet égard qu'elle avait été opérée en urgence le 16 décembre 2008 en raison d'une hernie discale et qu'une opération de sa hanche était prévue le 3 mars 2009. Elle a par conséquent requis une réévaluation de sa capacité de travail. A l'appui de ses écrits, elle a produit deux certificats médicaux établis les 20 et 25 février 2009 par les Drs E. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurochirurgie) et Q. \_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), confirmant l'exécution d'une cure d'hernie discale le 17 décembre 2008 et la planification d'une nouvelle opération le 3 mars 2009.

Dans un rapport du 10 avril 2009, le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travail du 16 décembre 2008 au 12 février 2009, une reprise à 50% étant envisageable à cette date.

Un rapport d'IRM de la hanche droite a été rendu le 21 janvier 2010, concluant à l'absence d'ostéonécrose de la tête fémorale, d'épanchement modéré de l'articulation coxo-fémorale droite, ainsi qu'une minime zone d'œdème sous-chondral au pôle supérieur de la tête fémorale droite correspondant très vraisemblablement à une surcharge mécanique. Un second rapport d'IRM du 22 février 2010 fait état d'une diminution de l'épanchement intra-articulaire par rapport à l'examen de 2010, de l'aspect fortement dégénéré de la partie antérosupérieur du bourrelet, une déchirure ne pouvait pas être exclue sur la base de cet examen.

Le 17 mai 2010, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a produit un rapport en particulier rédigé comme suit :

**"(...) 1. Quelle est la situation actuelle suite aux interventions du 16.12.2008 et 03.03.2009 ?**

Suite à l'opération de discectomie L2/3 effectuée au [...] en décembre 2008 les troubles douloureux et moteurs se sont rapidement améliorés. En ce qui concerne la force persiste une faiblesse dans la jambe droite manifeste lorsque la patiente tente de se relever de la position assise ou accroupie. La patiente ne remarque néanmoins presque pas de trouble à la montée des escaliers. Diminution de la sensibilité au niveau du genou et de

l'avant-jambe droite. Depuis un épisode avec exacerbation des douleurs en juin 2009 la patiente aurait perdu la sensibilité dans le gros orteil droit. Les douleurs résiduelles situées dans la région lombaire inférieure, au niveau du sacrum et du tractus iliotibial bilatéralement sont exacerbées par la position allongée. Quant aux douleurs ressenties dans la région lombaire moyenne et supérieure et qui irradient dans la musculature fessière bilatéralement et au niveau du tractus iliotibial à droite, elles augmentent en intensité avec les sollicitations physiques, lors des positions répétées ou prolongées avec antéflexion du tronc, avec les secousses, à la station debout ou assise prolongée. Les lombalgies seraient constantes (VAS de 2-3/10), exacerbées dans les situations mentionnées ci-dessus.

D'après la patiente la situation sur le plan des douleurs serait demeurée inchangée par rapport à celle qui prévalait avant la phase d'exacerbation douloureuse qui avait conduit à l'intervention de décembre 2008.

En ce qui concerne les troubles sphinctériens, qui étaient présents de façon sporadique depuis environ 2004, mais qui s'étaient aggravés dans les deux semaines qui précédèrent l'intervention de décembre 2008, leur récupération postopératoire n'est semble-t-il pas complète : la patiente relève des épisodes avec difficultés lors de l'exonération des selles avec spasmes douloureux au niveau du sphincter anal externe. Difficulté également intermittente lors de la vidange de la vessie. Pas de tendance à la constipation. Pas de retard à la miction, pas de perte d'urine même à l'effort.

Des divers examens neurologiques il ressort une hypoesthésie à la face antérieure et interne de l'avant-jambe ainsi qu'à la face interne du pied, dans le territoire cutané correspondant à L4, une aréflexie rotulienne droite, une discrète parésie de l'extension de la jambe et de la flexion dorsale du pied droit, de degré M4+. Pas de signe d'irritation radiculaire dans le sens d'une positivité à l'épreuve de Lasègue. Hypotonie du sphincter anal externe, hypoesthésie S4-5 bilatérale et S3 fauche. Lors du TR le doigtier ne serait pas bien senti.

Rectitude de la colonne lombaire avec une diminution de la lordose. Effacement particulier de la lordose dans la région lombaire moyenne et supérieure. Cyphose dorsale diminuée. La palpation de la région lombaire révèle une contracture bilatérale de la musculature paravertébrale ainsi qu'une douleur à la pression en regard des articulations intervertébrales postérieures dans la région lombaire moyenne et supérieure. A droite douleurs à la pression de la musculature paravertébrale également dans la région lombaire inférieure, au niveau du grand trochanter ainsi que le long du tractus iliotibial

A la flexion la distance doigt sol est d'environ 20cm. La patiente peut se relever en éprouvant des douleurs dans la région lombaire moyenne à supérieure mais sans prendre appui avec les mains sur les genoux.

La marche est prudente avec une discrète boîterie (sic) du côté gauche. Limitation des mouvements au niveau de l'articulation coxofémorale gauche avec maintien de la jambe gauche dans une position de rotation interne discrète. Diminution des mouvements du genou gauche constatée lors de la marche. A la mobilisation passive la rotation interne de la hanche droite n'est pas douloureuse. Limitation douloureuse de la rotation externe à partir de 10°. Pas de

douleurs exprimées lors de la mobilisation de la hanche gauche. Pas de bascule du bassin à la position debout jambes serrées. L'évolution clinique suite aux interventions au niveau de la hanche gauche semble favorable aussi bien du point de vue subjectif qu'objectif.

## **2. Limitations à tenir en compte ?**

La patiente devrait éviter le port de charges supérieures à 5-10 kg, les positions antéfléchies répétées ou prolongées du tronc, les rotations/flexions du tronc, la station assise ou debout prolongée

## **3. Capacité de travail dans une activité adaptée ?**

40%-50%

## **4. Pronostic**

La patiente avait été contrainte de démissionner du poste de responsable de centre médico-social en octobre 2005, en raison des troubles lombaires qui ne lui permettaient pas de répondre aux exigences physiques liées à la fonction qu'elle devait remplir.

Elle avait épuisé les possibilités du chômage le 30 septembre 2007. Depuis la patiente n'a par (sic) trouvé de nouveau travail malgré les diverses recherches entreprises.

Dans le contexte psycho-social actuel et tenant compte des troubles mentionnés ci-dessus je pense que le pronostic d'amélioration des troubles est dépendant de la possibilité de retrouver une activité partielle dans un travail adapté.

Il m'apparaît donc essentiel d'aider la patiente à reprendre pied dans une activité professionnelle.

(...)

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM ou DSMAI

Lombalgies chroniques avec signe d'insuffisance segmentaire.

Status après décompression canalaire droite avec stabilisation semi-rigide en L3/4 le 7.05.2004

Status après spondylodèse L4-5-S1 en novembre 1997

Status après discectomie L2/3 en décembre 2008 : syndrome sensitivo-moteurs résiduels de type L4 droit ainsi que probable syndrome d'atteinte radiculaire des nerfs sacrés

Status après opération de la hanche gauche avec resurfaçage (Dr R. \_\_\_\_\_) en octobre 2007

Status après nouvelle opération de la hanche gauche (Dr Q. \_\_\_\_\_) le 03.03.2009

(...)"

Dans son rapport, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a estimé que depuis le début de l'année 2009, on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle travaille en position uniquement debout ou assise, ni qu'elle travaille avec les bras au-dessus de la tête ou en position accroupie. Selon lui, le travail en position alternée assise et debout était exigible, mais pas à temps

complet. Il a admis l'exigibilité de manière sporadique du fait de se pencher et du travail à genoux, ainsi que de la rotation en position assise et/ou debout, s'agissant de l'ampleur et de la fréquence des mouvements. Les activités en marchant lui paraissaient également exigibles hors des terrains irréguliers et dans le cadre d'un périmètre de marche, le port de charge étant de son côté limité à 10 kilos avec des charges proches du corps. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a encore admis, à titre occasionnel, le travail sur échelle ou échafaudage.

Le 17 mai 2011, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a établi un rapport en particulier libellé comme suit :

"(...)

**1.1**

Cause de l'incapacité de travail

maladie (...)

Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

En cas de maladies psychiques, prière de donner le code CIM 10 ou DSM-IV

Existant depuis quand ?

Conflit du psoas iliaque gauche après PTH (réd. : prothèse totale de la hanche).

PTH droite le 20.05.10, révision de PTH droite pour diminution de l'offset fémoral le 27.05.10.

Changement de PTH gauche le 03.03.2009.

Cure de hernie discale L2-L3 en 2008.

Status après fracture lombaire en 95.

Status après spondylodèse L4-L5-S1 en 97.

Etat dépressif

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Existant depuis quand ?

Status après ostéosynthèse d'une fracture du 5ème métatarsien gauche et ténoyse endoscopique du flexor hallucis longus bilatérale en 2009.

"(...)"

Soulignant que l'assurée était sans emploi, il n'a pas estimé sa capacité de travail dans l'activité habituelle ni dans une activité adaptée, relevant que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail. S'agissant des travaux exigibles, il a exclu le travail en position uniquement assise ou debout, les activités exercées en marchant, le fait de se pencher, le travail

avec les bras au-dessus de la tête, le travail accroupi ou à genoux, la rotation en position assise ou debout, le port de charge, le travail sur une échelle, un échafaudage ou sur un escalier, indiquant au surplus des capacités de concentration et une résistance limitées en raison des douleurs. Selon lui, ces limitations existent depuis le 8 septembre 2008 (savoir la date de sa première consultation), l'avis d'autres praticiens étant toutefois réservé.

Le SMR s'est prononcé par l'intermédiaire du Dr M. \_\_\_\_\_ le 15 juin 2011. Admettant une aggravation de l'état de santé depuis le 16 décembre 2008, il a aligné la capacité de travail sur les limitations fonctionnelles décrites par le Dr Z. \_\_\_\_\_ et sur l'incapacité de travail retenue par le Dr E. \_\_\_\_\_ (capacité de travail nulle du 16 décembre 2008 au 12 février 2009 et de 50% dès le 16 février 2009).

Par communication du 23 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée de l'octroi de prestations sous la forme d'une orientation professionnelle.

A la demande de l'OAI, la Fondation [...] - qui était le dernier employeur de l'assurée - a indiqué par courrier du 29 août 2011 que le salaire théorique de celle-ci en 2009 aurait été de 8'388 fr. 95 versé treize fois l'an, pour un taux d'occupation de 80%.

Le 6 septembre 2011, la Division de réadaptation de l'OAI a rendu un rapport au sujet de l'assurée, relevant qu'elle s'était récemment déchiré le tendon de la cheville qui ne devait pas entraîner de limitation durable de la capacité de travail et indiquant en particulier ce qui suit :

**"(...) 4. Descriptif de la situation**

**Situation de santé selon avis SMR du 15.06.2011 :**

**Date d'aggravation :** 16.12.2008

**Capacité de travail dans l'activité habituelle :** 40-50%, selon avis SMR

**Capacité de travail dans l'activité adaptée :** 40-50%, selon avis SMR

**Limitations fonctionnelles :** Limitation des charges à 5-10kg, pas de station debout ou assise prolongée, activité permettant les mesures d'épargne du rachis

**Date de l'aptitude à la REA :** 16.02.2009

**Evolution :** aggravation transitoire depuis quelques temps, l'assurée s'étant déchiré les ligaments de la cheville en se déplaçant avec des cannes, ce qui n'est pas idéal compte tenu de sa problématique.

### **Formation et situation professionnelle**

**Scolarité :** Scolarité obligatoire effectuée en Suisse

**Formation(s) professionnelle(s), diplôme(s) et date(s) :**

- Educatrice de la petite enfance (non achevé)
- Infirmière HMP (Hygiène Maternelle et pédiatrique) (1970-1973)
- Diplôme de gestion économique et d'entreprise (2000-2002)

**Autres compétences :**

- Couture, activités créatrices.
- Se décrit comme excellente organisatrice et planificatrice.

**Expérience(s) professionnelle(s) précédente(s) :**

- 1974-1984 : Responsable atelier de couture en Italie
- 1989-1996 : Infirmière scolaire, Ecole catholique [...]
- 1986-1998 : Infirmière scolaire, Ville de Lausanne
- 2002-2005 : Infirmière responsable d'équipe, Centre médico-[...]
- oct. 2005-oct. 2007 : Chômage

**Employeur actuel ou dernier employeur :** Centre Médico-social [...]

**Fonction :** Infirmière économiste, responsable de centre

**Depuis le :** 15.02.2001 **Fin le :** Septembre 2005 (démission)

**Taux d'activité :** 80% par choix personnel de 2002 - fin 2003. 50% dès janvier 2004 (pour raisons de santé). L'enquête ménagère conclut à un statut de 80% active.

**Descriptif de l'activité :** Gestion de l'équipe des soignants. Responsable de la mise en place d'un projet pilote de soins à domicile en pédiatrie. Selon l'employeur il s'agit d'une activité légère, permettant une bonne variation des positions. En revanche, ce poste à responsabilités est incompatible avec un taux d'activité inférieur à 80%, tel que le désirait l'assurée. Elle a alors donné sa démission, selon elle sur pression (évoque le terme de « Mobbing ») de son employeur

**Situation économique**

**Source de revenu actuel :** --

**Revenu avant l'atteinte à la santé (RS) :** CHF 7'787.- x 13 à 80% en 2005

#### **4. Evaluation des capacités**

*Identification des ressources versus carences et problèmes*

##### **Fonctions physiques :**

Voir rapports médicaux. Actuellement Mme se déplace avec des cannes.

##### **Fonctions cognitives :**

Pas évaluées. A priori (sur la base de son parcours professionnel et de ses propos en entretien) dans la norme supérieure

##### **Aspects émotionnels, comportement :**

Léger émoussement affectif. Semble un peu passive, ce qui dit-elle ne correspond pas à sa nature (a toujours été très active et impliquée dans ses activités professionnelles et extra-professionnelles)

#### **5. Observations (point de vue du conseiller)**

La dernière activité exercée est strictement adaptée aux limitations fonctionnelles de notre assurée, mais nous ne la retiendrons pas comme exigible pour fixer le RI (réd. : revenu d'invalidé). En effet, ce type de poste à responsabilités ne se prête pas à un taux d'activité de 40-50% (Le rapport employeur relève du reste que K.\_\_\_\_\_ a perdu son emploi lorsqu'elle a demandé à travailler à 50%, ce qui était incompatible avec sa fonction).

En revanche, les compétences et l'expérience de K.\_\_\_\_\_ pourrait lui permettre d'exercer une activité adaptée d'infirmière spécialisée, de réseau notamment. C'est donc sur ce type de fonction de nous calquerons le calcul du RI.

**RI 2009 à 45% : Maximum classe 22 « infirmière avec spécialisation » soit Sfr. 48'718.-**

**RS (réd. : revenu sans invalidité) 2009 à 80% selon courrier employé du 29.08.2011 : Sfr. 109'056.-**

#### **7. (sic) Objectifs et stratégie**

##### **Stratégie de réinsertion professionnelle envisagée :**

69 RAI : la question a été évoquée afin de préciser la capacité de travail, estimée dans une fourchette de 40-50%. Les activités d'infirmière spécialisée (de réseau, scolaire, etc) se prêtent toutefois mal à une évaluation. Celle-ci pourrait par ailleurs être biaisée par l'actuelle atteinte de la cheville (non durable) et les problèmes familiaux que traverse notre assurée. Nous retiendrons donc une exigibilité moyenne de 45% dans une activité adaptée.

MOP (réd. : mesures d'ordre professionnel) : Encouragée par son mari, K.\_\_\_\_\_ se dit « tentée » par une aide au placement, mais également craintive face à cette perspective, en raison de son âge, et du fait qu'elle se sent incapable de faire les choses à un rythme normal et craint « d'en faire trop » et d'aggraver son état de santé.

Va y réfléchir ces prochaines semaines et nous contacter par écrit si elle se sent à même de s'investir dans cette démarche (...)"

Par communication du 17 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour le placement étaient remplies - de sorte qu'elle était réadaptable du point de vue de l'assurance-invalidité - et qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient fournis.

Par lettre du 5 juin 2012, l'assurée a fait valoir qu'elle était sans nouvelles de l'OAI depuis de nombreux mois et que cette inaction rendait vaines toutes tentatives de réadaptation, dans la mesure où elle atteindrait prochainement l'âge de la retraite sans qu'une mesure de ce type puisse porter ses fruits dans l'intervalle. Elle a dès lors invité l'OAI à prendre acte du fait qu'elle n'était pas réadaptable et à se prononcer sur sa demande de prestations.

L'assurée a été convoquée par courriers des 12 et 15 juin 2012 à un entretien d'aide au placement finalement prévu le 5 juillet 2012. Cet entretien a donné lieu à un procès-verbal notamment rédigé dans les termes suivants :

"(...) Nous rencontrons l'assurée à l'office et lui expliquons en quoi consiste le service d'aide au placement. Celle-ci semble tout d'abord être surprise de notre discours car dit ne pas comprendre où en est son dossier AI. (pas de décision). En effet, nous dit que depuis le début de cette année, son état de santé se serait péjoré, et actuellement elle serait en attente d'un rdz auprès d'un spécialiste de la colonne vertébrale. N'ayant reçu aucun élément médica[l], je l'invite à nous envoyer les preuves et éléments médicaux de cette péjoration. Du côté de l'aide au placement, nous lui demandons clairement ce qu'elle attend de nous mais notre assurée dit avoir envie de retrouver un travail et dit être consciente de la difficulté de retrouver une activité professionnelle au vu de plusieurs éléments. Soit, son âge et l'absence d'activité depuis son dernier employeur, l'exigibilité reconnue par notre service SMR (45-50%) et de son état de santé. Cette assurée est consciente de son parcours professionnel (cadre qualifiée) qui rendrait très difficile l'obtention d'un poste à % réduit. (Ce genre de poste adapté et exigible, requiert en principe une disponibilité à % élevé.)

De notre côté, nous allons consulter [...] (SRP [réd. : Service régional de placement]) ainsi que [...] (gestionnaire) pour en savoir plus sur les actions que nous pourrions entreprendre avec cette assurée.

(attente des éléments médicaux ? poursuite de l'aide au placement ? etc..)  
Nous mettons un délai jusqu'à la fin du mois de juillet 2012 pour prendre une décision concernant le suivi de l'aide au placement.  
(...)"

Par lettre du 30 août 2012, l'assurée s'est plainte du fait qu'aucune suite n'avait été donnée à cet entretien et a requis le prononcé d'une décision.

Le SMR a pris position par un avis médical établi le 5 septembre 2012 par le Dr F.\_\_\_\_\_, qui a préconisé un examen rhumatologique et psychiatrique, compte tenu de l'aggravation de l'état de santé évoquée par l'assurée lors de son entretien de placement. Cet examen a été effectué par les Dresses O.\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale) et U.\_\_\_\_\_ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), qui ont rendu le 25 octobre 2012 un rapport comprenant les diagnostics et l'appréciation suivants :

"(...) **DIAGNOSTICS**

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL MOYEN AVEC SYNDROME (sic) SOMATIQUE F33.11
- LOMBO-SCIATALGIES DROITES DANS LE CONTEXTE D'UN STATUS POST-SPONDYLODÈSE L4-S1 EN 1997 ET CURE DE HERNIE DISCALE L2-L3 EN 2008, AVEC MODIFICATIONS DÉGÉNÉRATIVES ET INSUFFISANCE POSTURALE M54.4
- COXALGIES GAUCHES DANS LE CONTEXTE D'UNE COXARTHROSE BILATÉRALE TRAITÉE PAR ARTHROPLASTIE G À 2007 ET À D EN 2010 **M16.0/M62.9**

- ***sans répercussion sur la capacité de travail***

- TROUBLE MIXTE DE LA PERSONNALITÉ ÉMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE AVEC DES TRAITS IMPULSIFS, ANXIEUX ET NARCISSIQUES **F61**
- PRIVATION DE RELATIONS AFFECTIVES PENDANT L'ENFANCE **Z61.0**
- STATUS POST-COMMOTION À L'ÂGE DE 6 ANS
- STATUS POST-FRACTURE DE LA MÉTATARSE IV OPÉRÉE EN 2008.

**APPRÉCIATION DU CAS**

Cette assurée d'origine suisse, ayant travaillé comme infirmière scolaire à 80% a bénéficié d'une demi-rente limitée du 11.10.2005 au 01.04.2008 pour un problème rachidien (spondylodèse L4-S1 sur ancienne fracture L4) et psychologique. Dans le cadre de la révision et d'éléments rendant plausible une aggravation (coxarthrose bilatérale opérée à plusieurs reprises entre 2007 et 2010, cure de hernie discale L2-L3 en 2008) le médecin responsable du dossier demande un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Lors de l'examen de ce jour, on est en face d'une dame de 62 ans en bon état général, collaborante. Le status de la médecine interne générale est dans les limites de la norme si l'on fait abstraction d'une discrète arythmie bradycarde. Les cicatrices opératoires sont calmes.

Le status ostéo-articulaire fait découvrir un trouble de la statique rachidienne avec une déviation du dos vers la gauche sur scoliose sinistro-convexe ainsi que d'un léger relâchement de la sangle abdominale. La mobilité cervicale est à la limite inférieure de la norme, indolore. La mobilité dorso-lombaire est nettement diminuée, notamment au niveau lombaire, douloureuse dans toutes les directions. On mesure ainsi une distance doigt-sol de 43 cm et des index de Schober de 30/30 cm respectivement 10/12 cm. La musculature cervico-scapulaire est souple, la musculature paravertébrale dorso-lombaire est relativement peu développée mais pas spécifiquement douloureuse à la palpation. Les masses latérales cervicales gauches ainsi que les apophyses épineuses lombaires sont douloureuses à la palpation.

Les épaules, coudes, poignets, doigts, genoux et chevilles sont bien mobiles et indolores. Il n'y a pas de signe pour une atteinte significative inflammatoire ou dégénérative ni pour une lésion de la coiffe des rotateurs. Au niveau des hanches, on note une flexion discrètement limitée à 130° à droite et 120° à gauche. On mesure une distance inter-malléolaire de 67 cm provoquant une certaine tension musculaire. Il y a des douleurs à la palpation des aines, sinon l'état des hanches opérées est satisfaisant.

Sur le plan fonctionnel, l'assurée peut marcher sur les talons, mais on note un léger déficit de la marche sur les pointes des pieds à droite, elle s'accroupit et s'agenouille complètement, se relevant en s'appuyant sur le membre inférieur droit et à l'aide de la table.

Le status neurologique montre un déficit sensitif L5 droit probablement résiduel ainsi qu'une ébauche de signe du trépied ; par contre, la manœuvre de Lasègue est négative. 1/3 signes de Waddell sont présents ne permettant pas de retenir le diagnostic d'une majoration des plaintes.

Le dossier radiologique confirme le trouble de la statique rachidienne et montre une position des prothèses satisfaisante malgré une verticalisation à droite. Le matériel d'ostéosynthèse lombaire est en place, il n'y a pas de signe de lyse.

*En résumé*, cette assurée présente plusieurs atteintes à la santé avec répercussion durable sur la capacité de travail : des rachialgies notamment lombaires dans le contexte d'une spondylodèse L4-S1 en 1997 et une cure de hernie discale L2-L3 en 2008, ainsi qu'une coxarthrose bilatérale traitée par resurfaçage à gauche puis arthroplastie bilatérale avec chaque fois un changement, la dernière opération ayant eu lieu à droite en mai 2010. Les prothèses de hanche fonctionnent maintenant bien, l'assurée se plaint de quelques douleurs reproductibles lors de l'extension de la hanche gauche et interprétées par les chirurgiens comme irritation respectivement un conflit du psoas. Sur le plan rachidien, on ne note

pas de péjoration depuis l'expertise en 2008, la mobilité et les index de Schober et la distance doigt-sol étant quasiment identique.

En ce qui concerne la capacité de travail on doit admettre que la hanche gauche provoque et donc des limitations fonctionnelles qui s'ajoutent à celles retenues pour l'atteinte lombaire. La capacité de travail dans son ancienne activité d'infirmière est de ce fait limitée à 50%, elle pourrait être à 70% dans une activité mieux adaptée.

*Sur le plan psychiatrique*, l'enfance de l'assurée est marquée par une importante carence affective et de la maltraitance psychologique infligée par sa mère. Malheureuse, mal dans sa peau, à l'âge de six ans, l'assurée fait une première tentative de suicide en se jetant sous une voiture.

Depuis lors, elle développe des compensations dépressives récurrentes avec tentatives de suicide et son état nécessite plusieurs prises en charge psychiatriques ambulatoires.

Le 11 juillet 2008, l'assurée est soumise à une évaluation médicale psychiatrique dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale de Genève effectuée par la Dresse S.\_\_\_\_\_ psychiatre FMH qui ne retient *aucun diagnostic incapacitant*. L'experte psychiatre retient les diagnostics sans influence sur la capacité de travail : épisode affectif mixte, traits de trouble de la personnalité mixte anxieuse, narcissique et impulsive.

*Cependant, à la page 7, selon l'expert psychiatre « épuisée tout au long des années, l'assurée se trouvait dans des conditions du marché de travail défavorables qui malgré ses compétences intellectuelles, tiennent compte de son âge, ce qui fait qu'elle est devenue beaucoup plus sensible aux problèmes de santé somatique ce qui explique la discordance entre ses sensations de douleurs et la confirmation par des examens médicaux. La goutte d'eau qui a fait déborder le vase, au point de vue psychiatrique, est arrivée au niveau de l'âge et du sentiment dévalorisant de ne plus être à la hauteur des exigences du poste et trop marquées par les maladies avec une tendance à la chronicisation. Elle est devenue très susceptible à ce fait en raison de ses touches narcissiques et a perdu progressivement le moral et l'espoir quant aux possibilités de bonne résolution des problèmes ».*

Suite à une nouvelle aggravation de son état, depuis début 2010, l'assurée bénéficie d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr C.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, et [...], psychologue, *mais aucun rapport médical n'est en notre disposition.*

**A l'entretien téléphonique du 13.11.2012**, le Dr C.\_\_\_\_\_ nous informe que l'assurée à (sic) présenté une symptomatologie dépressive récurrente d'intensité moyenne à sévère et que son état a nécessité une psychothérapie auprès de [...] psychologue dans le cadre d'une psychothérapie déléguée et un traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. L'antidépresseur a été arrêté début 2012. L'assurée a demandé également d'arrêter la psychothérapie il y a deux mois. Le prochain rendez-vous avec le psychiatre traitant dans le cadre d'un entretien de bilan a été fixé pour janvier 2013.

Blessée narcissiquement, elle n'a jamais accepté la maladie somatique qui a détruit sa vie ni le processus de vieillissement en essayant par tous les moyens de dépasser ses limites, d'où un sentiment de fatigue et d'épuisement.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode léger, moyen ou sévère en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.

L'épisode moyen repose sur la présence des trois symptômes typiques suivants : humeur dépressive d'intensité moyenne, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité associée aux trois autres symptômes dépressifs suivants : sentiment de dévalorisation, perte de la confiance en soi, des troubles du sommeil et une idéation suicidaire fluctuante.

L'assurée est une femme fragile psychologiquement, labile, instable émotionnellement, abandonnique, narcissique, facilement irritable, impulsive, anxieuse, démotivée, qui présente un vide affectif et une diminution des ressources d'adaptation aux changements.

Nous avons retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile type borderline avec des traits impulsifs, anxieux et narcissiques.

Le trouble de la personnalité n'est pas actuellement décompensé et ne représente pas une pathologie à caractère incapacitant. Effectivement, l'assurée a toujours assumé ses responsabilités, autant dans sa vie privée que professionnelle. Cependant, le trouble de la personnalité explique la fragilité psychologique et les difficultés de l'assurée à remonter la pente.

Nous avons également retenu le diagnostic de privation de relations affectives pendant l'enfance sans incidence sur la capacité de travail.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, K.\_\_\_\_\_ développe début 2010 une nouvelle décompensation dépressive dans le cadre d'une aggravation de son état.

En l'absence de tout document psychiatrique, nous ne pouvons pas nous prononcer sur la gravité de la symptomatologie dépressive au début 2010 ; il est possible que l'assurée ait pu développer un épisode dépressif sévère, actuellement d'intensité moyenne avec syndrome somatique qui justifie une incapacité de travail de 50% de son 80% et ceci dans toute activité.

A l'entretien téléphonique du 13.11.2012, le Dr C.\_\_\_\_\_ atteste l'existence d'un état dépressif moyen à sévère en juillet 2010, sans pour autant se prononcer sur la capacité de travail.

Sous prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux psychotrope, l'état de l'assurée s'améliore progressivement.

Cependant, à l'examen clinique de ce jour, la symptomatologie dépressive d'intensité moyenne persiste et le pronostic à moyen et long terme est défavorable.

### **Limitations fonctionnelles**

*Sur le plan ostéo-articulaire* : éviter une position statique prolongée assise, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupie ou agenouillée. L'assurée ne peut pas travailler longtemps en-dessus de l'horizontale avec les bras. Le port de charges est limité à 5 kg de façon répétitives (sic) et 10 kg occasionnellement. Elle ne peut pas travailler sur machines vibrantes ni à la chaîne (sic). Elle ne devrait pas devoir se déplacer dans des terrains accidentés

*Sur le plan psychiatrique* : fragilité psychologique, dépression récurrente avec risque suicidaire, état d'épuisement, blessure narcissique, irritabilité, difficultés à gérer (sic) le stress et diminution de ressources d'adaptation aux changements.

### **Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

Depuis 2004.

*Sur le plan ostéo-articulaire*, l'expertise de 2008 constate une amélioration de la hanche suite à l'opération en 2007 avec une incapacité de travail estimée à 30% dès 2008.

*Sur le plan psychiatrique*, incapacité de travail à 50% d'un 80% et ceci dans toute activité depuis début 2010, date de l'aggravation de son état. Depuis juillet 2010 la décompensation dépressive a été objectivée par le psychiatre traitant le Dr C. \_\_\_\_\_ et [...] psychologue dans le cadre d'une psychothérapie déléguée. Selon le Dr C. \_\_\_\_\_, en juillet 2010 l'assurée présentait un état dépressif moyen à sévère.

### **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

*Sur le plan ostéo-articulaire*, on peut retenir dès le 16.12.2008 jusqu'au 12.02.2009 une incapacité de travail totale dans le contexte de la cure de hernie discale L2-L3. On peut également accepter une incapacité de travail de 100% autour des arthroplasties, c'est-à-dire trois mois en 2009 puis trois mois en 2010.

*Sur le plan psychiatrique*, incapacité de travail à 50% d'un 80% depuis début 2010, date de l'aggravation de son état

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 50% DE SON ACTIVITÉ À 80%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50% DE SON ACTIVITÉ À 80% DEPUIS : DÉBUT 2010 (...)"

Le SMR a pris position par un avis médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 18 décembre 2012, retenant une capacité de travail de 70% dès l'année 2008 sur le plan ostéo-articulaire et de 50% (de 80%) sur le plan psychiatrique depuis le mois de janvier 2010, ainsi que les limitations fonctionnelles décrites par les Dresses O. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_.

Le 5 avril 2013, l'OAI a transmis à l'assurée un nouveau projet de décision tendant à la reconnaissance du droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 47% (un quart de rente) pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 mars 2008, ainsi que du droit à une rente basée sur un degré de 49% (un quart de rente) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, selon la méthode de comparaison des revenus.

L'assurée s'est déterminée le 8 mai 2013. Se fondant sur les rapports du Dr E. \_\_\_\_\_ et du SMR des 20 février 2009 et 25 octobre 2012, elle a fait valoir que les arthroplasties pratiquées dans le courant des années 2008 et 2009 avaient entraîné des périodes d'incapacité de travail de plus de trois mois (incapacité à 100% du 16 décembre 2008 au 12 février 2009, puis à 50% pour la première, et une incapacité à 100% de trois mois pour la seconde). A cela s'ajoutaient les suites d'une fracture du métatarse opérée le 3 octobre 2009 et une diminution de sa capacité de travail par 50% dès le début de l'année 2010 pour des raisons psychiques, de sorte qu'elle soutient n'avoir connu aucune amélioration notable de sa capacité de travail entre le 1<sup>er</sup> avril 2008 et le 31 décembre 2009. L'assurée a par ailleurs reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en compte ses limitations fonctionnelles dans le calcul de l'invalidité, qui auraient pourtant justifié un abattement de 15% sur son revenu d'invalidité. Relevant que l'OAI avait calculé son taux d'invalidité selon la méthode mixte (activité professionnelle à temps partiel et activité ménagère) en se fondant sur l'enquête ménagère du 22 octobre 2007 - soit une date antérieure aux interventions chirurgicales des 2 décembre 2008, 3 mars 2009 et 20 mai 2010, ainsi qu'à l'aggravation de son état de santé sur le plan psychique -, elle a contesté l'actualité de celle-ci et requis la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère. L'assurée a finalement fait

valoir qu'au vu de son âge, très proche de celui de la retraite, ses chances de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail étaient inexistantes, le moment pertinent étant le 25 octobre 2012, lorsque les Dresses O.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ avaient constaté l'existence d'une telle capacité résiduelle.

Le 10 juin 2013, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision annulant et remplaçant celui du 5 avril 2013, motivé comme suit :

"(...) Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité d'infirmière-économiste / responsable de centre à la Fondation [...] dès le 15 février 2002 à raison d'un taux de 80%. Dès le mois d'octobre 2005 s'en est suivi une période de chômage.

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

A réception des renseignements médicaux, votre dossier a fait l'objet d'un examen par le service médical régional. Les éléments n'étant pas suffisants, nous avons mandaté le COMAI (Centre d'expertise médicale) à Genève.

L'expertise en question est réalisée en 2008 et nous constatons que vous présentez comme atteinte à la santé invalidante des lombalgies chroniques et un status post spondylodèse L4-S1 et stabilisation semi rigide L3-L4 /status après resurfaçage de la hanche gauche. Nous admettons que dans votre activité habituelle, votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 40% (50% de votre taux de 80%) entre le 1er octobre 2010 (recte : 2004) et la fin 2007. Depuis le mois de janvier 2008 (après trois mois de l'intervention orthopédique), nous relevons que votre état de santé s'est amélioré compte tenu des interventions et du traitement et que votre capacité de travail est raisonnablement exigible de 100% avec une diminution du rendement de 30% toujours dans votre activité habituelle. De plus, nous tenons compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de position assise ou debout prolongée, porte de charge au maximum de 10 kg. Du point de vue psychique, nous ne retiendrons aucune limitation.

Dans un courrier du 26 février 2009, vous annoncez une aggravation de l'état de santé. Une hernie discale opérée en urgence le 16 décembre 2008 ainsi qu'une intervention au niveau de la hanche réalisée le 3 mars 2009 par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Après avoir questionné les médecins en relation avec les interventions précitées, nous constatons que vous présentez une aggravation de votre état de santé depuis le 16 décembre 2008. Votre capacité de travail était nulle dès le 16 décembre 2008, puis votre état de santé allant en s'améliorant, vous présentez à nouveau une capacité de travail totale depuis le 13 février 2009 dans votre activité habituelle. Lors de l'entretien de placement du 5 juillet 2012, vous avez déclaré l'aggravation de votre état de santé depuis le début de l'année.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au Service Médical Régional a été réalisé le 22 octobre 2012.

En résumé, il ressort de l'examen précité que nous pouvons retenir depuis début 2010 une incapacité de travail de 50% de votre taux contractuel de 80% (soit une capacité de 40%) en raison de problèmes psychiatriques et somatiques. Quant aux atteintes somatiques, nous retiendrons une incapacité de travail totale du 16 décembre 2008 au 12 février 2009 ainsi que durant trois mois en 2009 suite à la première arthroplastie et également trois mois en 2010 suite à la seconde.

Vous avez donc présenté des incapacités de travail de longue durée et qui ouvrent le droit à une rente à compter du 1er octobre 2004 au 31 décembre 2007 et depuis le début 2010.

Donc, dans une activité d'infirmière spécialisée, telle que retenue par le conseiller, le revenu annuel brut selon l'échelle des salaires de l'Etat de Vaud en 2005 (à l'échéance du délai de carence), que vous pourriez prétendre à CHF 103'688.- (13ème inclus, classe 22) compte tenu de votre expérience à 100%.

Sans atteinte à la santé, vous réalisiez selon le rapport employeur du 15 mai 2005, un revenu annuel brut (80%) de CHF 101'241.40.

Comme nous l'avons relevé plus haut, votre capacité de travail est de 40% (80% x 50%). Par conséquent, le revenu d'invalidité que nous retenons est de CHF 41'475.20 (40% de CHF 103'688.00).

Votre préjudice économique :  $101'241.40 - 41'475.20 \times 100 = 59\%$   
101'241.40

De l'enquête ménagère réalisée le 17.10.2007, vous présentez des empêchements de l'ordre de 2%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	59%	47.0%
Ménagère	20%	2%	0.4%
Degré d'invalidité			47.4%

Le droit au quart de rente est donc ouvert du 1er octobre 2005 jusqu'au 31 mars 2008.

En effet, les experts ont retenu une capacité de travail de 70% début 2008, soit un préjudice économique de l'ordre de 30% (comparaison des revenus).

Vous êtes à nouveau en incapacité de travail totale dès le 16 décembre 2008 en raison d'une nouvelle atteinte à la santé, mais cette incapacité de travail est limitée jusqu'en février 2009. Compte tenu qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte à la santé et que l'incapacité est de courte durée, cela n'influence en rien le droit à la rente. Constatation identique quant aux incapacités de travail de trois mois en raison de l'arthroplastie en 2008.

Comme nous l'avons vu, il ressort de l'examen clinique du SMR du 26 novembre 2012, une aggravation de l'état de santé depuis le mois de janvier 2010 particulièrement en raison de problèmes psychiatriques.

Les examinateurs retiennent une incapacité de travail de 50% sur un 80%, soit une capacité de travail de 40%. Les examinateurs retiennent également la même incapacité de travail en ce qui concerne les problèmes de santé somatique.

C'est à juste titre que vous nous rappelez la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il n'est plus crédible qu'une personne proche de la retraite puisse encore mettre en valeur une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée sur un marché du travail et qu'il faut se placer au moment où il a été constaté que l'exercice d'une activité est exigible du point de vue médical pour déterminer l'âge.

Dans le cas d'espèce, c'est manifestement l'examen clinique du 25 octobre 2012 qui a permis de constater que vous présentiez encore une capacité de travail de 50%. A ce moment, vous aviez 62 ans, soit à moins de deux ans de la retraite. Compte tenu de ce qui précède, force est d'admettre que le droit à la rente entière est ouvert dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, soit après un délai de carence d'une année après l'aggravation de l'atteinte à la santé due à une nouvelle pathologie psychiatrique.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	100%	80%
Ménagère	20%	2%	0.40%
Degré d'invalidité			80.40%

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 47% est reconnu jusqu'au 31 mars 2008.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 80% est reconnu.  
(...)"

L'assurée s'est déterminée sur ce projet par courrier du 11 juillet 2013. Invoquant la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 126 V 80 consid. 5b; TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009), elle a maintenu son exigence tendant à la prise en compte d'un abattement de son revenu d'invalidité par 15%, exigeant en outre que son âge soit également pris en considération. Elle a également confirmé ses précédents arguments quant à l'actualité de l'enquête ménagère du 22 octobre 2007. Estimant que l'hernie discale opérée à la fin de l'année 2008 et ses problèmes de hanche découlaient de ses problèmes lombaires initiaux, elle a contesté que son état de santé se soit notablement amélioré au début de l'année

2008 et le 31 décembre 2010, ces affections ayant au contraire entraîné des périodes d'incapacité de travail prolongées. Elle a finalement contesté la prise en compte d'un délai de carence d'un an avant qu'une rente ne lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 en raison d'atteintes psychiatriques, faisant valoir que l'aggravation de ses troubles somatiques dans le courant de l'année 2010 justifiaient l'octroi immédiat d'une telle rente. L'assurée a par conséquent réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère afin de déterminer son incapacité ménagère pour la période comprise entre les années 2008 et 2010.

Par décision du 14 février 2014, envoyée par courrier "B", l'OAI a octroyé une rente ordinaire mensuelle à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, joignant à cette décision une motivation confirmant intégralement son projet du 10 juin 2013.

**C.** Par acte du 20 mars 2014, K. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision - qu'elle allègue avoir reçue le 19 février 2014 -, concluant à l'octroi d'une demi-rente au moins pour la période allant du 1<sup>er</sup> août 2005 au 31 décembre 2010, puis d'une rente entière à compter de cette date, avec suite de frais et dépens. Réitérant les arguments développés dans ses déterminations du 8 mai 2013, elle a pour l'essentiel fait valoir que le taux d'invalidité de 47,4% retenu pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 mars 2008 ne correspondait pas aux constatations des médecins. Selon elle, son incapacité de travail était de 40% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, totale du 24 novembre 2007 au 24 janvier 2008 (opération de la hanche), de 50% du 25 janvier au 15 décembre 2008, totale du 16 décembre 2008 au 12 février 2009 (cure d'hernie discale), de 50% dès le 16 février 2009 mais totale du 3 mars au 3 juin 2009 (opération de la hanche) et dès le 3 octobre 2009 (opération du pied puis incapacité durable). Sur cette base, elle a contesté l'interruption de sa rente du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 décembre 2010. S'agissant du calcul de son invalidité, elle a soutenu que le salaire de référence pris en compte par l'intimé pour déterminer son revenu d'invalidé - savoir un revenu d'infirmière spécialisée - n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles, l'activité nécessitant de transporter des patients et de rester debout durant de longues périodes.

Se prévalant dès lors d'un salaire statistique, elle a invoqué la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 et TF 9C\_354/2009 du 7 décembre 2009; ATF 138 V 457 et TF 9C\_913/2012) pour demander un abattement de 15% sur ce salaire. Elle a par ailleurs maintenu que l'expertise ménagère du 22 octobre 2007 n'était plus pertinente, vu les atteintes à sa santé survenues ultérieurement. La recourante a finalement soutenu que son invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 n'était pas due à de nouveaux troubles de santé, déduisant de cela que la rente devait lui être octroyée immédiatement et non au terme d'un nouveau délai de carence. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère.

L'intimé a répondu le 27 mai 2014, proposant le rejet du recours. Faisant valoir que la recourante avait déjà développé ces arguments dans la procédure de première instance, il a renvoyé aux pièces du dossier, en particulier des notes juridiques internes des 4 avril, 6 juin et 5 décembre 2013 ayant fondé les projets de décision des 5 avril et 10 juin 2013 ainsi que la décision litigieuse du 14 février 2014.

Cette écriture a été communiquée par avis du 2 juin 2014 à la recourante avec un délai de consultation fixé au 2 juillet 2014. L'intéressée ne s'est toutefois pas déterminée plus avant.

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

**1. a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

**b)** Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let.

a LAI), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

**c)** L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, rien ne permet de remettre en doute les allégations de la recourante selon lesquelles elle a reçu la décision litigieuse du 14 février 2014, qui lui a été adressée par courrier "B", le 19 février 2014. Le délai a dès lors commencé à courir le lendemain pour échouer trente jours plus tard le 22 mars 2014. Déposé le 21 mars 2014, le recours - qui remplit les conditions légales de forme - est ainsi recevable.

**2.** Est en l'espèce litigieux le droit de l'assurée à une rente partielle (demi-rente) pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2005 au 31 décembre 2010, puis à une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

**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; art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'il est encore invalide à 40% au moins au terme de cette année (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à raison d'un quart de rente dès 40%, d'une demi-rente dès 50%, de trois quarts de rente des 60% et d'une rente entière dès 70% (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est évaluée par une comparaison des revenus sans invalidité et d'invalides (cf. art. 16 LPGA). En revanche, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Pour les assurés qui ne consacrent qu'une partie de leur temps à une activité lucrative, l'invalidité est évaluée selon l'art. 16 LPGA pour cette partie. Si parallèlement ils exerçaient également des activités habituelles, l'invalidité est évaluée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour ces activités. Dans ce cas, il faut déterminer la part du temps consacré à l'activité lucrative et la part consacrée aux activités habituelles et mesurer le taux d'invalidité dans les deux domaines (art. 28a al. 2 LAI; ATF 141 V 15 consid. 3.2 et réf. cit.).

La comparaison des revenus en application de l'art. 16 LPGA met en parallèle le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide et 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. La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 128 V 29 consid. 1; cf. ég. SVR 2010 IV n° 11 p. 35; TF 8C\_733/2013 du 5 septembre 2014 consid. 4.1).

Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'écarte des revenus effectifs de l'assuré et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré (TF U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b; TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 4.2), ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il

aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide (chômage avant qu'une incapacité de travail soit reconnue [TFA I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et réf. cit.]; difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de l'état de santé [RCC 1985 p. 662]; poste de travail ayant disparu au moment de l'évaluation de l'invalidité [ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_416/2010 du 26 janvier 2011 consid. 3.2; pour le tout cf. TFA B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2]). Lorsqu'un salaire statistique est appliqué, une réduction de ce salaire peut se justifier à certaines conditions, afin de tenir compte des circonstances concrètes empêchant les personnes invalides de réaliser un tel salaire théorique (cf. not. ATF 126 V 175).

**c)** 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 (Art. 17 LPGA). Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2 et réf. cit.; cf. ég. ATF 112 V 372 consid. 2b; ATF 112 V 390 consid. 1b; pour le tout TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.1).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et réf. cit.; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2).

L'art. 88a al. 1 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201] prévoit qu'une amélioration de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre, entraîne la suppression de tout ou partie du droit aux prestations.

Une aggravation de l'état de santé de l'assuré n'ouvre au demeurant un nouveau droit à la rente que pour autant qu'elle dure plus de trois mois (art. 88a al. 2 RAI). Si cette aggravation intervient dans les trois ans qui suivent la suppression d'une rente du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI; cf. *supra* let. a) celle qui a précédé le premier octroi (art. 29<sup>bis</sup> RAI).

**4.** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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; pour le tout TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit en outre pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et réf. cit.).

**5. a)** Pour évaluer l'invalidité de la recourante au 1<sup>er</sup> octobre 2005, l'intimé a appliqué la méthode mixte, retenant - sans que ce point ne soit contesté - l'exercice partiel d'une activité lucrative (80%) et des activités habituelles annexes (20%). S'agissant du taux d'invalidité touchant l'activité lucrative, il s'est fondé sur le revenu sans invalidité ressortant du courrier de la Fondation [...] du 29 août 2011, et l'a comparé avec celui que d'une infirmière spécialisée à 40% (50% de 80%).

La recourante conteste l'exigibilité de l'activité d'infirmière spécialisée et soutient que l'intimé aurait dû prendre en compte un salaire statistique et admettre un abattement de 15% sur celui-ci. Elle fait valoir à cet égard que l'activité d'infirmière spécialisée n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles.

La capacité de travail de la recourante était de 40% (50% de 80%) au 1<sup>er</sup> octobre 2005, comme cela ressort du rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2005. Ces constatations vont dans le sens de celles des experts du CEM, qui avaient retenu le 25 septembre 2008 une capacité de travail de 40% depuis le mois d'octobre 2004, tant dans l'activité

habituelle de la recourante que dans une activité adaptée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a toutefois retenu l'activité d'infirmière-cheffe alors occupée par la recourante. Un tel poste n'étant pas ouvert en dessous d'un taux d'occupation de 80%, l'intimé a retenu l'activité d'infirmière de réseau, adaptée aux compétences et à l'expérience de l'intéressée (cf. rapport de réadaptation du 6 septembre 2011 ch. 5). C'est ainsi sur des motifs pertinents que l'intimé s'est fondé, sans qu'on voie pour quelles raisons l'activité d'infirmière spécialisée serait moins adaptée à l'état de santé de la recourante que celle d'infirmière-cheffe. C'est ainsi à bon droit que le salaire d'invalidé de l'intéressée a été arrêté selon une méthode concrète, de sorte que la fixation d'un salaire statistique n'avait pas lieu d'être, ni un abattement sur celui-ci (cf. *supra* consid. 3/b *in fine*). Le grief de la recourante est ainsi mal fondé.

**b)** L'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 – savoir trois mois après le resurfaçage de la hanche gauche pratiqué au mois d'octobre 2007 –, de sorte que son droit aux prestations s'était éteint le 1<sup>er</sup> avril 2008.

La recourante soutient de son côté que son état de santé ne s'est pas amélioré, mais que son taux d'incapacité de travail a fluctué entre 50% et 100% du 25 janvier 2008 au 31 décembre 2009 (cf. le résumé de son acte de recours, *supra* let. C). Invoquant le rapport d'expertise du 25 septembre 2008, la recourante soutient qu'une incapacité de travail de 50% doit être retenue depuis le mois de janvier 2008 (fin de la période de convalescence post-opératoire) et jusqu'à la confection d'une semelle orthopédique, au mois de décembre 2008. Selon elle, il ne saurait par ailleurs être ignoré que les interventions des 16 décembre 2008 et 3 mars 2009 étaient des complications de ses troubles lombaires initiaux.

Dans son rapport du 25 septembre 2008, l'expert orthopédique T. \_\_\_\_\_ a retenu que l'activité habituelle de la recourante était pleinement exigible dès la fin de la période de convalescence (trois mois) suivant l'intervention du mois d'octobre 2007, soulignant que cette

intervention avait certes entraîné une aggravation de la situation algique de l'intéressée, mais que cette atteinte était transitoire et pouvait être compensée par le port d'une semelle orthopédique. Cet avis est certes contredit par le Dr E. \_\_\_\_\_, qui a retenu une possible reprise d'activité à 50% dès le 16 février 2009 (cf. rapport du 10 avril 2009). Ce médecin n'ayant toutefois pas expliqué pour quels motifs l'incapacité de travail perdurerait, à l'inverse de l'expert T. \_\_\_\_\_, qui a dûment exposé que le port d'une semelle orthopédique permettrait le recouvrement de la capacité de travail, son avis n'est pas probant sur ce point (cf. *supra* consid. 4). La recourante ne saurait par conséquent être suivie quant à la continuation de son invalidité. On relèvera que celle-ci ne peut être reconnue que lorsque l'amélioration de la capacité de gain n'est pas possible (art. 28 al. 1 let. a LAI; cf. *supra* consid. 3/a). La recourante pouvant, à dire d'expert, éliminer très rapidement les suites de l'intervention du mois d'octobre 2007 par le port d'une semelle orthopédique, elle ne peut pas prétendre à la reconnaissance de son invalidité alors qu'elle n'a fait usage d'une telle semelle que depuis le mois de décembre 2008.

L'intimé était ainsi fondé à retenir une amélioration durable de l'état de santé de la recourante dès le mois de janvier 2008 et à supprimer le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2008 (art. 88a al. 1 RAI; cf. *supra* consid. 3/c).

La recourante se prévaut encore de périodes d'incapacité de gain faisant suite à deux interventions chirurgicales pratiquées sur sa hanche (du 3 mars 2009 au 3 juin 2009) et sur son pied (du 3 octobre 2009 au 3 janvier 2010). En l'absence d'incapacité de gain continue, ces atteintes ne revêtent pas de caractère durable ni dès lors invalidant. Dans ces conditions, il importe peu de savoir si les affections traitées sont des complications des troubles lombaires initiaux de l'intéressée. On relèvera tout de même qu'un lien aussi direct ne ressort pas des pièces médicales au dossier.

L'argumentation de la recourante doit par conséquent être intégralement rejetée.

**c)** Dans un autre moyen, la recourante soutient que son invalidité dans le cadre de ses activités habituelles, telle qu'elle a été arrêtée au terme de l'enquête ménagère du 22 octobre 2007, ne tenait pas compte des interventions pratiquées ultérieurement à cette date.

Dans la mesure toutefois où ces interventions n'avaient pas trait à des atteintes invalidantes (cf. point précédent), le grief de la recourante tombe à faux. Au vu du temps consacré par la recourante à ses activités habituelles (20%), seule une aggravation massive de son invalidité ménagère (de 2% à 15%) aurait le cas échéant une influence sur son droit à la rente. Une telle altération de sa capacité ne ressort toutefois pas des pièces médicales au dossier, de sorte qu'elle ne peut rien en tirer.

**d)** Admettant finalement une aggravation de l'état de santé de la recourante pour des motifs psychiatriques dès le mois de janvier 2010, l'intimé lui a ouvert un nouveau droit à la rente au terme d'un nouveau délai d'attente d'une année, savoir dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

La recourante soutient quant à elle que cette appréciation omet de tenir compte d'une aggravation de ses troubles somatiques, de sorte qu'elle aurait en réalité continué de souffrir de la même affection et qu'aucun délai de carence ne devrait être admis. Elle invoque à cet égard le rapport des Dresses O. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2012.

Dans ce rapport - dont la valeur probante n'est pas à remettre en cause -, ces praticiennes ont toutefois retenu, sur le plan somatique, que l'état de santé de la recourante s'était maintenu sur le plan rachidien depuis l'expertise du 25 septembre 2008 et que l'intéressée avait une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. Le dossier ne comprend par ailleurs aucun avis médical contraire. C'est par conséquent à tort que la recourante invoque la réapparition d'un trouble déjà invalidant par le passé. Elle ne peut dès lors pas se prévaloir de l'art. 29<sup>bis</sup>

RAI (cf. *supra* consid. 3/c) et c'est à bon droit que le droit à la rente lui a été octroyé au terme d'un nouveau délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

La recourante soutient également que ses problèmes psychiques ne sont pas nouveaux, mais qu'ils avaient déjà été observés dans le cadre de l'expertise interdisciplinaire du 25 septembre 2008. Les diagnostics psychiatriques posés le 25 octobre 2012 par la Dresse U.\_\_\_\_\_ (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique impactant la capacité de travail; trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type borderline avec des traits impulsifs, anxieux et narcissiques et privation de relations affectives pendant l'enfance) ne sont toutefois pas superposables à ceux, sans incidence sur la capacité de travail, que l'experte S.\_\_\_\_\_ avait retenus le 25 septembre 2008 (trouble de l'humeur, épisode affectif mixte et traits de trouble de la personnalité mixte [anxieuse, narcissique et impulsive]), de sorte que la recourante ne saurait être suivie.

**6. a)** Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse du 14 février 2014.

**b)** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (art. 61 let. a LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision rendue le 14 février 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

**III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de K.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Antonella Cereghetti (pour K.\_\_\_\_\_),
- 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 :