

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mars 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

V. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Christine Graa,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 43 et 44 LPGA ; 4, 28, 28a et 69 al. 1^{bis} LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, a travaillé comme infirmière à un taux de 30% au sein du Centre hospitalier F._____ dès le 24 octobre 1977.

Le 10 janvier 2011, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), alléguant, comme atteintes à la santé, un état dépressif sévère et des troubles du sommeil chroniques, des dorsolombalgies chroniques et migraines, une réparation de la valve cardiaque en 1992 avec risque de récurrence, une cécité de l'œil droit ainsi qu'une déformation des pieds avec douleurs. Elle a indiqué, sous la rubrique « Annexes et remarques complémentaires », que suite au départ de son mari, elle allait augmenter son temps de travail au « 1^{er} janvier prochain » à 40% et espérait l'augmenter à 50% avant l'été si son état de santé le permettait.

Dans un questionnaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 30 janvier 2011, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 50% par nécessité financière.

Dans son rapport du 3 février 2011, la Dresse Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Elle a indiqué avoir traité l'intéressée du 31 janvier 2008 au 11 mars 2009, puis ponctuellement, précisant que le dernier contrôle datait du 25 janvier 2011 et qu'il n'y avait aucun rendez-vous fixé ultérieurement.

Dans son rapport du même jour, la Dresse Z._____, spécialiste en ophtalmologie, a diagnostiqué chez l'assurée une amblyopie profonde de l'œil droit non incapacitante et expliqué qu'elle pouvait

travailler à 100% pour autant qu'elle ne doive pas travailler sur ordinateur ou faire des piqûres.

Il ressort du « Rapport employeur » complété par le Centre hospitalier F._____ le 10 février 2011, que le taux d'activité de l'assuré était passé à 40% dès le 1^{er} janvier 2011 et qu'elle avait fait une demande pour avoir un taux d'activité de 50% dès le 1^{er} mai 2011, date à partir de laquelle l'intéressée a effectivement travaillé à ce taux.

Dans son rapport du 16 février 2011, la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué chez sa patiente, avec effet sur sa capacité de travail, un état dépressif sévère récidivant sans symptômes psychotiques depuis 2007, une cécité totale de l'œil droit d'origine indéterminée depuis la naissance et des douleurs des pieds chroniques sur hallux valgus bilatéral depuis 2000. Elle a indiqué que l'activité habituelle d'infirmière était encore exigible à 50%.

Selon un rapport d'évaluation du 24 février 2011, l'assurée a déclaré à l'enquêteur de l'OAI qu'elle travaillait actuellement à 40% et travaillerait à 50% dès le 1^{er} mai 2011 pour des raisons financières.

Le 14 mars 2011, la Dresse C._____ a précisé à l'OAI que le hallux valgus de l'assurée n'avait jamais fait l'objet d'avis orthopédiques ni d'opérations et que les douleurs étaient contrôlées par un traitement classique associant une antalgie à des anti-inflammatoires non-stéroïdiens et au port de chaussures avec semelles adaptées.

Par communication du 16 août 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il prendrait en charge, à titre de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail, les frais pour un logiciel d'agrandissement et un support articulé.

Dans son rapport du 3 novembre 2011, la Dresse [...] du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a retenu que

l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 100% dans son activité habituelle.

Par décision du 4 janvier 2012, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des mesures professionnelles dans la mesure où elle était réadaptée professionnellement de manière appropriée.

Par décision du 5 janvier 2012, l'OAI a refusé d'octroyer une rente en faveur de l'assurée dès lors qu'après l'adaptation de son poste de travail, elle présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière.

B. Le 15 avril 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, alléguant que son atteinte ophtalmique s'était aggravée avec les années.

Dans un « Questionnaire pour l'employeur » complété le 28 juillet 2014, le Centre hospitalier F._____ a indiqué que l'assurée avait mis fin aux rapports de travail avec effet au 30 juin 2014 en vue de prendre sa retraite.

Dans un courrier à l'OAI du 29 juillet 2014, les Drs R._____, spécialiste en médecine du travail, et [...], spécialiste en médecine interne générale et en médecine du travail, respectivement médecin-chef et chef de clinique au Service de Médecine du personnel du Centre hospitalier F._____, ont posé les diagnostics d'amblyopie profonde de l'œil droit sur anisométrie d'origine congénitale, de myopie et astigmatisme pathologique de l'œil droit, de myopie et astigmatisme modéré de l'œil gauche et de strabisme convergent de l'œil droit. Ils ont exposé qu'en raison de ces troubles oculaires, l'assurée n'avait pas de vision stéréoscopique, ce qui limitait la pratique de certaines tâches dans le cadre de son activité professionnelle (comme par exemple l'impossibilité d'effectuer des prises de sang capillaires chez les enfants), et présentait également des difficultés pour le travail à l'écran d'ordinateur, activité qui s'était considérablement développée depuis

plusieurs années dans les tâches effectuées par une infirmière, relevant que le logiciel d'agrandissement mis en place n'avait pas permis d'améliorer toutes les difficultés rencontrées lors du travail à l'ordinateur. Ces praticiens ont expliqué qu'en janvier 2014, l'intéressée, après avoir appris qu'un système de dossiers informatisés des patients allait être mis en place dans son service et compte tenu de ses limitations visuelles, avait démissionné pour le 30 juin 2014 avec demande de retraite anticipée au 1^{er} juillet 2014. Ils ont conclu leur rapport en relevant qu'en raison de la problématique oculaire, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles importantes pour la pratique de certains gestes techniques, ainsi que pour toutes les activités nécessitant l'utilisation d'un écran.

Dans son rapport du 20 août 2014, la Dresse Z. _____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'amblyopie profonde de l'œil droit, de strabisme et de cataracte débutante de l'œil gauche et, sans effet sur la capacité de travail, de myopie et astigmatisme modéré de l'œil gauche. Elle a relevé que l'activité habituelle était encore exigible à 40% avec un rendement réduit en raison de la fatigue oculaire liée à l'amblyopie de l'œil droit, relevant en outre des difficultés à voir l'écran d'ordinateur et les documents. Dans l'annexe à son rapport, cette praticienne a indiqué que les capacités de concentration et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées en raison de la fatigue oculaire depuis 2014.

Dans un rapport non daté, indexé par l'OAI le 15 septembre 2014, la Dresse C. _____ a diagnostiqué chez l'assurée, avec effet sur sa capacité de travail, une cécité de l'œil droit d'origine indéterminée depuis l'enfance et un état dépressif sévère, récidivant, sans symptômes psychotiques, depuis l'an 2000. Elle a indiqué que l'activité habituelle d'infirmière était encore exigible à 50% depuis le 1^{er} mai 2011, avec une réduction de rendement de 50% en relation avec la cécité de l'œil droit. Dans l'annexe à son rapport, elle a relevé que la capacité de concentration et la résistance de sa patiente étaient limitées en raison de la cécité, d'un état dépressif et de céphalées.

Interpellée par l'OAI, la Dresse C._____ a précisé le 25 novembre 2014 que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques et qu'il n'y avait pas de suivi avec un spécialiste psychiatrique depuis 2011. Elle a indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était de 50%, relevant que malgré une activité adaptée, les limitations fonctionnelles physiques, mentales et psychiques persistaient.

Le 8 janvier 2015, la Dresse Z._____ a expliqué à l'OAI qu'il avait été décidé d'entreprendre une opération de la cataracte de l'œil gauche qui aurait lieu le 10 février 2015, si bien que son rapport de 2014 ne serait plus efficient après cette intervention car l'assurée aurait ainsi de nouveau une aptitude telle qu'elle était avant l'apparition de la cataracte.

Par communication du 19 juin 2015, l'OAI a signifié à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible dès lors que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Le 2 juillet 2015, la Dresse Z._____ a répondu comme suit aux questions qui lui ont été posées par l'OAI :

« [1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de Mme V._____ au plan oculaire après l'intervention de la cataracte de l'œil gauche ?]

Cette patiente devait être opérée le 10.02.2015 par mon collègue le Dr [...], mais elle a été récusée car mon collègue jugeait la cataracte trop légère et pense que son voile devant l'OG [œil gauche] fluctuant est lié plutôt à des opacités dans le corps vitré. Comme il s'agit d'un œil unique, aucune intervention n'est pour l'instant prévue en raison de l'acuité visuelle qui est à 100% corrigée.

[2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Mme V._____ a toujours travaillé à 50%. Dans votre appréciation, nous vous prions de vous prononcer, même en terme[s] médico-théoriques, sur un taux de 100 %.]

si cette patiente devait encore travailler, je pense qu'un travail à 50% est adapté mais qu'un travail à 100% serait vraiment difficile en raison de son œil droit qui est amblyope.

[3. Depuis quand ?]

[4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (d'épargne oculaire) ?]

pas plus que 50%. Point à voir avec son médecin généraliste, car il semblerait que cette patiente souffre de dépression ainsi que de dorsalgies.

[5. Depuis quand ?]

[6. Si elle devait être inférieure à 100 %, nous vous remercions d'en expliquer les raisons.]

cette patiente, ayant eu un travail d'infirmière au Centre hospitalier F._____, a énormément de contraintes visuelles avec le travail à l'écran. Je ne pense pas qu'un travail à plus de 50% soit adapté.

[7. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?]

fatigue oculaire troubles visuels, stress...

[8. Autres remarques] ».

Le 24 juillet 2015, la Dresse C._____ a expliqué à l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable depuis son dernier rapport du 25 novembre 2014, que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juillet 2014, que sa capacité de travail dans une activité adaptée était probablement de 50% depuis cette même date et que la compliance aux traitements était excellente. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a relevé, en lien avec la cécité, un travail impossible à l'ordinateur, au plan physique, le travail en positions assise ou debout de plus de 4 heures, au plan mental, des difficultés à se concentrer après 4 heures de travail et, au plan psychique, une fatigue importante et des troubles du sommeil.

Dans son rapport du 17 août 2015, la Dresse J._____, spécialiste en chirurgie au SMR, a retenu comme atteinte principale à la santé une amblyopie profonde de l'œil droit ainsi qu'un strabisme et a indiqué que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans toute activité, habituelle ou adaptée, décrivant les limitations fonctionnelles suivantes : « fatigue oculaire, troubles visuels, hypersensibilité au stress ». Elle a en outre exposé ce qui suit :

« Discussion

La demande a été posée pour des raisons ophtalmologiques (Formule officielle du 15.07.2014).

Le médecin du travail fait état d'une situation ophtalmologique qui s'est détériorée, sans citer des éléments psychiatriques.

Au plan oculaire, la Dresse Z. _____, dans son rapport médical du 20.08.2014, cite les mêmes diagnostics oculaires de 2011 avec les mêmes limitations fonctionnelles (travail sur l'ordinateur, faire des piqûres en raison des difficultés à juger de la profondeur et de la distance des objets) sauf une cataracte débutante à gauche.

La spécialiste, dans son courrier du 02.07.2015, atteste une CT [capacité de travail] de 50% dans toute activité.

Au plan psychiatrique, la Dresse C. _____, dans son courrier du 13.11.2014, fait encore état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2).

Cependant, elle atteste que l'assurée n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2011.

Nous signalons que l'état dépressif sévère était déjà considéré comme résolu en 2011 par le Dr Q. _____ et la décision OAI du 04.01.2012, basé[e] sur le rapport d'examen SMR du 03.11.2011, est rentrée en force sans contestation.

Conclusion

Nous pouvons admettre une légère aggravation au plan visuel en raison de la cataracte débutante à l'œil gauche, mais l'acuité visuelle est toujours à 100% corrigée.

Une CT de 50% dans toute activité peut être admise en raison de la fatigabilité et des troubles oculaires.

Les éléments d'ordre psychiatrique évoqués par la Dresse C. _____ étaient déjà connus lors de la première demande. Le status clinique psychiatrique décrit dans le rapport du 15.09.2014 et dans le courrier du 25.11.2014 est plutôt succinct et pas suffisamment étayé.

Lors de la première demande, la Dresse Q. _____, psychiatre, dans son rapport du 03.02.2011 ne retenait aucune affection incapacitante résiduelle au plan psychiatrique. De plus, il y a une incohérence dans l'appréciation de l'exigibilité faite par le généraliste ; d'abord elle attestait une CT de 50% dans l'activité habituelle depuis le 01.05.2011, puis une CT nulle depuis le 1^{er} juillet 2014.

Une CT de 50% dans une activité adaptée était finalement admise (courrier du 24.07.2015).

Nous avons discuté le dossier de Mme V. _____ en permanence psychiatrique SMR avec la Dresse [...], psychiatre FMH, qui confirme nos argumentations.

Pour ces raisons, nous adhérons à l'avis de la Dresse Z. _____, c'est-à-dire, CT de travail de 50% dans toute activité ; nous retenons, donc, valables les conclusions prises lors du Rapport d'examen SMR du 03.11.2012. ».

Dans un projet de décision du 19 août 2015, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations en faveur de l'assurée, selon la motivation suivante :

« **Résultat de nos constatations :**

Il ressort de l'instruction médicale de votre dossier que vous ne présentez aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI [loi fédérale du 19 juin 1957 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]. Nous constatons effectivement que vous n'avez présenté aucune incapacité de travail et de gain de longue durée (au minimum une année sans interruption notable). Vous êtes, en effet, à même d'exercer votre activité d'infirmière à plein temps de votre taux contractuel de 50 %.

Au vu de ce qui précède, vous ne présentez aucun préjudice économique vous ouvrant le droit à des prestations de notre Assurance. ».

Le 10 septembre 2015, la Dresse Z. _____ s'est adressée à l'OAI en ces termes :

« J'ai eu l'occasion de revoir la patiente susnommée à ma consultation le 25.08.2015.

J'aimerais revenir sur le point 6 de la lettre que je vous ai adressé[e] le 2.07.2015.

Cette patiente est effectivement capable de travailler à 50%, à condition que son travail ne demande pas de contrainte visuelle telle que travail devant l'ordinateur, calculatrice, lecture. Je ne pense pas qu'un travail comme infirmière soit à l'heure actuelle exigible, car beaucoup de gestes demandent une adaptation visuelle immédiate, une vue dans l'espace, chose que la patiente est incapable d'effectuer.

Un travail comme éducatrice de l'enfance ou veilleuse plairait à la patiente et serait mieux adapté. ».

Par décision du 28 septembre 2015, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 19 août 2015, refusant d'octroyer des prestations en faveur de l'assurée.

C. Par acte du 19 octobre 2015, V. _____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurance-sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que son droit

aux prestations est reconnu. En substance, elle a exposé que son état de santé l'empêchait d'exercer sa profession d'infirmière.

Dans sa réponse du 7 décembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 28 septembre 2015. Il a relevé que selon les renseignements obtenus, l'état de santé de la recourante ne l'empêchait pas durablement d'exercer l'activité d'infirmière à 50%, moyennant l'utilisation d'un système d'agrandissement tel que celui qui lui avait déjà été fourni en 2011 pour faciliter l'utilisation de l'ordinateur. Il a encore exposé que la situation médicale ne s'était pas modifiée depuis la décision rendue le 5 janvier 2012 et qu'il n'y avait pas de raison de penser que la demande de retraite anticipée de l'intéressée dès juillet 2014 avait été faite essentiellement pour raisons médicales.

Par réplique du 14 janvier 2016, la recourante, représentée par Me Christine Graa, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a notamment produit un rapport de la Dresse C._____ du 23 novembre 2015, rédigé en ces termes :

« (...)

2. Décrire quelles sont les affections dont est atteinte Madame V._____ (ophtalmique, orthopédique et psychiatrique) avec les diagnostics y relatifs.

Affection ophtalmique :

- Amblyopie profonde de l'œil D [droit] sur anisométrie d'origine congénitale
- Myopie et astigmatisme pathologique de l'œil droit
- Myopie et astigmatisme modéré de l'œil G [gauche]
- Strabisme convergent de l'œil droit

Affection orthopédique :

- Rachialgies chroniques à prédominance cervicale et lombaire sur discopathies pluri-étagées et discarthrose C5-C6, C7-C8, L3 à S1, étroitesse interfacettaire bilatérale de L3 à S1, kyste interfacettaire droit en L4-L5, étroitesse canalaire lombaire L4-L5

- Douleurs des pieds chroniques sur hallux valgus bilatéral

Psychiatrique :

- Etat dépressif chronique, anxiété

3. Madame V. _____ peut-elle exercer l'activité d'infirmière à 50% ? Le cas échéant, avec quelles limitations médicalement justifiées (svp préciser quelle atteinte entrave quel acte d'infirmière/aspect du métier d'infirmière) ?

Madame V. _____ ne peut plus exercer l'activité d'infirmière, principalement en lien avec la pathologie ophtalmique et les limitations visuelles qui y découlent.

L'activité à l'ordinateur qui prend beaucoup d'importance depuis l'introduction du dossier informatique au Centre hospitalier F. _____ est contre-indiquée, le risque de faire des erreurs est important.

Par ailleurs, en raison de ces limitations, elle ne fait plus des prises de sang capillaires chez les enfants.

4. En cas de réponse négative à la question ci-dessus : Madame V. _____ peut-elle exercer une activité adaptée ?

Non, Madame V. _____ est inapte à exercer une activité adaptée/toute activité.

5. En cas de réponse positive à la question ci-dessus, quelle pourrait être, du strict point de vue médical, cette activité adaptée (indiquer au moins le genre d'activité) et à quel taux pourrait-elle être exercée par Madame V. _____ ?

-

6. Y aurait-il médicalement, dans une hypothétique activité adaptée, une diminution nécessaire en temps ou une diminution du rendement en pourcent (svp préciser les raisons de ces diminutions) ?

Dans une hypothétique activité adaptée, la capacité de travail ne doit pas dépasser 30% avec une diminution du rendement à 50% en relation avec les troubles ophtalmiques, rachidiennes (sic) et psychiatriques.

En effet, l'effort de concentration lié à la cécité de l'œil droit entraîne des céphalées, une fatigabilité, une anxiété d'anticipation.

Les rachialgies entraînent une impossibilité à rester debout plus d'une heure et assise plus de deux heures.

L'état dépressif se manifeste par une fatigabilité importante, des troubles du sommeil, une irritabilité, des troubles de la concentration et de la mémoire.

7. Madame V. _____ est-elle entravée, du point de vue médical, dans certaines activités ménagères (dire lesquelles) et y a-t' il (sic) un ralentissement dans ces tâches (si possible préciser cela pour chacune des tâches) ?

Les seules activités ménagères que Madame V. _____ peut encore exercer c'est de nettoyer la poussière. Toutes les activités qui demandent une position penchée, ou debout ne sont plus possibles. ».

Dans cette écriture, la recourante a reproché à l'intimé de ne pas avoir effectué d'enquête ménagère et de ne pas avoir appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité alors qu'elle exerçait une activité lucrative à temps partiel et avait annoncé que si elle était en mesure de travailler, elle exercerait une activité à 50%. Elle a également relevé que l'intimé avait mal apprécié sa capacité de travail, précisant que tous les médecins s'accordaient sur le fait que la seule atteinte oculaire impliquait une capacité de travail maximale de 50% de l'activité exercée précédemment à 50%, à quoi s'ajoutaient les atteintes orthopédiques et psychiatriques ainsi qu'une diminution de rendement. La recourante a souligné que compte tenu de toutes ces affections, la Dresse C. _____ avait retenu, dans son rapport du 23 novembre 2015, une capacité de travail nulle dans toute activité, même adaptée, et considérait que dans une hypothétique activité adaptée, elle ne dépasserait pas 15%. Elle a encore indiqué qu'il y avait lieu de tenir compte du fait qu'elle se trouvait proche de l'âge de la retraite dans le cadre de l'évaluation de son invalidité. A titre subsidiaire, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (ophtalmique, rhumatologique et psychiatrique) permettant de déterminer une éventuelle capacité de travail, ainsi que la mise en œuvre d'une enquête ménagère permettant de déterminer une éventuelle capacité à effectuer ses tâches quotidiennes.

Dans sa duplique du 4 février 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Par écriture du 23 février 2016, la recourante a déclaré que sans problème de santé, elle aurait travaillé à 100% à compter de 2011, alléguant avoir mal compris le sens du questionnaire « détermination du statut (part active / part ménagère) » complété le 30 janvier 2011 dans lequel elle avait indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle aurait travaillé à 50%. Elle en a ainsi déduit que l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne se justifiait pas en l'espèce. Elle a notamment produit un échange de courriers de décembre 2010 avec son ex-mari concernant leur procédure de divorce, duquel il ressort que ce dernier entendait demander la révision de la pension dès janvier 2011 et que l'intéressée avait pour objectif, si sa santé le permettait, de travailler à 50% lorsque ce serait possible.

Dans ses déterminations du 14 mars 2016, l'intimé a relevé que la recourante avait modifié son argumentation en soutenant qu'en bonne santé elle aurait travaillé à 100% depuis 2011 et a rappelé que dans son analyse du 17 août 2015, le SMR avait retenu que la situation médicale ne s'était pas modifiée de façon significative depuis son rapport du 3 novembre 2011. Il a confirmé l'absence de droit à une rente.

Par écriture du 22 mars 2016, la recourante a rappelé avoir subi une péjoration de son état de santé depuis la décision de 2012, de sorte qu'un examen complet de son dossier se justifiait et a maintenu l'argumentation développée le 23 février 2016 concernant son taux d'activité hypothétique.

Le 16 juin 2016, la recourante a encore écrit à la Cour de céans en se référant à un arrêt du Tribunal fédéral concernant le cas d'un assuré qui avait mal compris la question du taux d'activité qui serait exercé sans atteinte à la santé.

L'intimé s'est déterminé à cet égard le 21 juillet 2016 en confirmant ses conclusions.

Dans une écriture du 28 juillet 2016, la recourante s'est référée à un arrêt du Tribunal fédéral rendu le 9 juin 2016 (TF 9C_82/2016) dans un cas similaire au sien, selon lequel la méthode mixte a été considérée comme inapplicable dès lors qu'au vu des circonstances de ce cas il fallait retenir que l'assuré aurait exercé son activité à 100% s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. Elle a au surplus confirmé le contenu de ses précédentes écritures.

Le 1^{er} septembre 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimé était fondé à nier le droit de la recourante à des prestations de l'AI, en particulier à une rente.

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 ; 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans

interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334 ; ATF 130 V 393 ; ATF 125 V 146).

Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet. Cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28a al. 2 LAI, 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 dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) – pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la

personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; ATF 125 V 146).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées ; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale

être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 *in fine* et la référence citée).

4. a) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses

conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

b) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

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

c) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin ; les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause

soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante

suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du 17 août 2015 de la Dresse J._____ du SMR, l'intimé a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, si bien qu'elle ne subissait aucun préjudice économique puisqu'elle pouvait exercer sa profession d'infirmière à son taux contractuel habituel de 50%. Il a précisé que moyennant l'utilisation du logiciel d'agrandissement fourni en 2011 pour faciliter l'utilisation de l'ordinateur, l'état de santé de l'intéressée ne l'empêchait pas durablement d'exercer son activité d'infirmière à 50%.

a) Dans le cadre de l'instruction de la première demande de la recourante, la Dresse Q._____ avait exposé dans son rapport du 3 février 2011 que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. La Dresse Z._____ avait indiqué dans son rapport du même jour, après avoir posé le diagnostic non incapacitant d'amblyopie profonde de l'œil droit, qu'elle pouvait travailler à 100% pour autant qu'elle ne doive pas travailler sur ordinateur. Quant à la Dresse C._____, elle a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'état dépressif sévère, récidivant, sans symptômes psychotiques depuis 2007, de cécité totale de l'œil droit et de douleurs des pieds chroniques sur hallux valgus bilatéral depuis 2000, relevant que l'activité habituelle d'infirmière était encore exigible à 50%.

Dans le cadre de l'instruction de la deuxième demande de prestations de la recourante, objet de la décision litigieuse, la Dresse Z._____, dans son rapport du 20 août 2014, a considéré que le diagnostic d'amblyopie profonde de l'œil droit avait un effet sur la capacité de travail, ajoutant celui de cataracte débutante de l'œil gauche, et en a déduit que l'activité habituelle d'infirmière était encore exigible à 40% avec un rendement réduit en raison de la fatigue oculaire, soulignant en outre des difficultés à voir à l'écran d'ordinateur et les documents. Le 2 juillet 2015, cette praticienne a expliqué que la capacité de travail dans

l'activité habituelle ou dans une activité adaptée était de 50%, réservant toutefois l'avis du médecin traitant dans la mesure où la recourante semblait souffrir de dépression et de dorsalgies. Le 10 septembre 2015, elle est revenue sur cette appréciation en indiquant qu'un travail comme infirmière ne lui paraissait pas exigible à l'heure actuelle car beaucoup de gestes demandaient une adaptation visuelle immédiate et une vue dans l'espace, ce dont l'intéressé était incapable en raison de son affection oculaire, et en précisant qu'elle était capable de travailler à 50% « à condition que son travail ne demande pas de contrainte visuelle telle que travail devant l'ordinateur, calculatrice, lecture ».

Quant à la Dresse C._____, médecin traitant, après avoir posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cécité de l'œil droit et d'état dépressif sévère récidivant sans symptômes psychotiques depuis 2000, elle a indiqué dans son rapport du 15 septembre 2014 que l'activité habituelle était encore exigible depuis le 1^{er} mai 2011, avec une réduction de rendement de 50% en raison de la cécité de l'œil droit, précisant le 25 novembre 2014 que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, et que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%. Le 24 juillet 2015, cette praticienne a exposé que l'évolution de l'état de santé était stable depuis son précédent rapport et que l'intéressée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 1^{er} juillet 2014 et une capacité de travail de « probablement 50% » dans une activité adaptée depuis cette même date, relevant notamment l'impossibilité de travailler à l'ordinateur en raison de la cécité et des difficultés de concentration après 4 heures de travail, une fatigue importante et des troubles du sommeil en raison de son état mental et psychique. Dans son rapport du 23 novembre 2015 produit en cours de procédure, la Dresse C._____ a indiqué, d'une part, que la recourante ne pouvait plus exercer l'activité d'infirmière principalement en raison de ses limitations visuelles, précisant qu'elle ne faisait plus de prises de sang capillaire chez les enfants et que le travail sur ordinateur - qui avait pris beaucoup d'importance - était contre-indiqué, et, d'autre part, qu'elle était « inapte à exercer une activité adaptée/toute activité », relevant

toutefois que dans une hypothétique activité adaptée, la capacité de travail ne devait pas dépasser 30% avec une diminution du rendement à 50% en relation avec les troubles ophtalmiques, rachidiens et psychiatriques.

On constate qu'en retenant une capacité de travail de 50% dans toute activité, l'intimé n'a pas tenu compte de l'avis du 10 septembre 2015 de la Dresse Z._____, spécialiste en ophtalmologie, selon lequel, d'une part, elle ne pensait pas qu'un travail comme infirmière était exigible car beaucoup de gestes demandaient une adaptation visuelle immédiate et une vue dans l'espace que la recourante était incapable d'effectuer et, d'autre part, l'intéressée était capable de travailler à 50% à condition que son travail ne demande pas de contrainte visuelle telle que le travail sur ordinateur notamment. Ce faisant, l'intimé n'a pas pris en considération une restriction liée à l'affection oculaire, soit le travail impossible sur ordinateur, alors que l'usage d'un tel appareil s'était considérablement développé depuis plusieurs années dans les tâches effectuées par une infirmière, ce qui lui avait été expliqué le 19 juillet 2014 par la Dresse R._____, spécialiste en médecine travail au Centre hospitalier F._____, cette praticienne ayant d'ailleurs précisé que le logiciel d'agrandissement mis en place en 2011 n'avait pas permis d'éliminer toutes les difficultés rencontrées lors du travail à l'ordinateur. Outre le travail sur ordinateur, les Dresses R._____ et C._____ ont également relevé des limitations pour la pratique de certains gestes techniques (piques) en raison du trouble oculaire. La Dresse C._____ a par ailleurs aussi considéré que la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle. Dès lors que la Dresse Z._____ est revenue sur son appréciation du 2 juillet 2015, appréciation qui avait été suivie par la Dresse J._____ du SMR, l'intimé aurait dû à tout le moins soumettre le nouvel avis de cette spécialiste, auquel on peut attribuer un caractère probant, à l'examen du SMR. La problématique oculaire n'apparaît ainsi pas suffisamment élucidée.

En outre, sur le plan psychiatrique, la Dresse C._____ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif sévère

récidivant sans symptômes psychotiques, diagnostic qu'elle a précisé le 25 novembre 2014 en indiquant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques. Cette affection n'a pas été retenue par la Dresse J. _____ du SMR qui s'est référée à cet égard au rapport du 3 février 2011 de la Dresse Q. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux termes duquel aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique n'avait été retenue ensuite d'un dernier contrôle effectué en date du 25 janvier 2011. Toutefois, à l'instar de la Dresse J. _____ du SMR, force est de constater que l'instruction sur ce point apparaît insuffisante dès lors que l'état psychiatrique de la recourante a pu s'aggraver depuis la date de la dernière consultation avec la Dresse Q. _____, étant précisé que dans son rapport du 2 juillet 2015, la Dresse Z. _____, en analysant la capacité de travail dans une activité adaptée, avait réservé l'avis du médecin généraliste en indiquant que la recourante semblait souffrir de dépression et de dorsalgies. Un complément d'instruction à cet égard est dès lors nécessaire.

b) S'agissant du statut de la recourante - qui, au cours de sa carrière d'infirmière au Centre hospitalier F. _____, a travaillé à 30% dès le 24 octobre 1977, puis à 40% dès le 1^{er} janvier 2011 et finalement à 50% dès le 1^{er} mai 2011 -, elle avait indiqué dans le formulaire y relatif le 30 janvier 2011 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50%. Aux termes du rapport d'évaluation du 24 février 2011, elle a déclaré travailler à 40% et qu'elle travaillerait à 50% dès le 1^{er} mai 2011 pour des raisons financières. L'intéressée a confirmé ce statut actif à 50% dans sa réplique du 14 janvier 2016, reprochant à l'intimé de ne pas avoir appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité alors qu'elle exerçait une activité lucrative à temps partiel. Ce n'est que dans son écriture du 23 février 2016 que la recourante a soutenu pour la première fois que sans problème de santé, elle aurait travaillé à 100% à compter de 2011, alléguant avoir mal compris le sens du questionnaire qu'elle avait complété le 30 janvier 2011, ce qui n'apparaît pas crédible. En effet, si elle avait faussement compris ce questionnaire, on cerne mal pourquoi elle n'en a pas fait état déjà dans sa réplique du 14 janvier 2016, étant précisé qu'elle était alors assistée d'un mandataire professionnel. Au contraire, elle a confirmé son

statut actif à 50%. En outre, les pièces produites à l'appui de son écriture du 23 février 2016 n'établissent en rien son intention de travailler à plein temps. Il ressort, d'une part, de sa première demande de prestation du 10 janvier 2011 qu'elle espérait pouvoir augmenter son taux d'activité à 50% si son état de santé le lui permettait et, d'autre part, du courrier qu'elle a adressé à son ex-mari le 22 décembre 2012 que son objectif était, si sa santé le permettait, de travailler à 50% lorsque ce serait possible. La jurisprudence citée par l'intéressée dans son écriture du 28 juillet 2016 ne lui est par ailleurs d'aucun secours. Dans cet arrêt (TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016), le Tribunal fédéral a considéré que la méthode mixte n'était pas applicable dès lors qu'au vu des circonstances du cas, il fallait retenir que l'assuré aurait exercé son activité à 100% s'il n'avait pas été atteint dans sa santé. A cet égard, la Haute cour a en particulier considéré le fait que l'assuré avait travaillé, avant la survenance de ses problèmes de santé, à plein temps durant quatre ans et deux mois, puis à 90% durant trois ans et trois mois, cette baisse d'activité étant liée à une formation universitaire suivie en parallèle de son emploi. Or, en l'occurrence, la recourante n'a jamais travaillé à plein temps, de sorte que l'on ne saurait transposer la jurisprudence précitée à son cas particulier.

Dans ces conditions, il y a lieu de retenir, au stade de la vraisemblance prépondérante, qu'en bonne santé, la recourante travaillerait à 50%, ce qui justifie l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et la mise en œuvre d'une enquête domestique.

S'agissant enfin de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la méthode mixte - laquelle a fait écho à un arrêt rendu le 2 février 2016 (devenu définitif le 4 juillet 2016) par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Di Trizio c. Suisse (Requête n° 7186/09) -, elle ne saurait trouver application, puisque le recours à cette méthode dans le cas d'espèce ne s'inscrit pas dans le contexte d'une révision du droit à la rente faisant suite à la naissance d'un enfant et à la déclaration du parent assuré de vouloir réduire son temps de travail (TF 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4 ; cf. également Anne-Sylvie

Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse – une appréciation, *in* HAVE/REAS 4/2016 p. 479, et Thomas Gächter/Michael E. Meier, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, *in* HAVE/REAS 4/2016 p. 484).

c) Au vu de ce qui précède, la situation médicale de la recourante paraît peu claire et l'intimé s'est prononcé sur la base d'un dossier incomplet et comportant des contradictions, sans avoir effectué d'enquête ménagère pour déterminer sa capacité à accomplir ses travaux habituels alors que l'intéressée travaillait à temps partiel. Les éléments au dossier ne sont ainsi pas suffisamment concordants et exhaustifs pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de compléter l'instruction en mettant en œuvre, d'une part, une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA sur les plans psychiatrique et somatique et, d'autre part, une enquête sur les activités ménagères afin de déterminer d'éventuels empêchements dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss CIIAI. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) Enfin, la recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité de la cause, lesquels seront mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christine Graa (pour V._____)
- 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 :