

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représenté par Fortuna Compagnie
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 LPGA ; art. 28 al. 1, 29 LAI, art. 88a al. 1 et 2
RAU**

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], a suivi une formation d'institutrice et de secrétaire médicale dans son pays d'origine. Elle est mère de quatre enfants, nés en [...], [...], [...] et [...]. Arrivée en Suisse en 1987, elle a suivi une formation d'auxiliaire de santé auprès de la Croix-Rouge. Depuis 1993, elle a travaillé en qualité d'auxiliaire de santé polyvalente pour le compte de U._____ (ci-après : U._____), au taux de 50%, puis de 40% dès 2008.

Le 17 septembre 2009, l'assurée a bénéficié de la pose d'un by pass gastrique. En totale incapacité des suites de cette opération, elle a repris son activité le 1^{er} février 2010. Après quelques jours de travail, elle a signalé des douleurs aux hanches et a présenté une nouvelle incapacité de travail à 100% depuis le 23 février 2010. Un examen par IRM effectué le 24 février 2010 a mis en évidence une fracture par impaction de la tête fémorale gauche, en relation avec une probable lésion de stress.

Le 18 août 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant qu'elle se trouvait en totale incapacité de travail en raison de son obésité, avec pose d'un by-pass, et d'une fracture de fatigue à la hanche gauche.

Selon le questionnaire pour l'employeur complété le 2 septembre 2010 par U._____, l'assurée travaillait 3,32 heures par jour, soit 16,6 heures par semaine, depuis le 1^{er} janvier 2008, pour un salaire mensuel de 2'083 fr. 35. Sans atteinte à la santé, elle percevrait un revenu annuel de 27'083 fr. 40 en 2010.

Le 9 septembre 2010, renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire visant à déterminer son statut (part active/part ménagère),

l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%.

Dans un rapport du 10 septembre 2010 à l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche, en février 2010. Au titre des atteintes non incapacitantes, le médecin traitant a signalé un status après by pass gastrique pour obésité de la classe III (BMI 40kg/m²), un syndrome métabolique avec diabète de type II compliqué de néphropathie, rétinopathie diabétique débutante bilatérale prédominant à droite, dyslipidémie, hypertension artérielle, un syndrome des anticorps antiphospholipides, un rein unique congénital, ainsi qu'un syndrome d'apnées du sommeil appareillées en mai 2009. Le Dr G._____ a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé, depuis le 23 février 2010. Il a estimé qu'après six mois de traitement conservateur, il n'y avait pas d'amélioration au niveau de la fracture sous-chondrale, qui était toujours apparente ; l'évolution n'était pas favorable.

Renseignant l'OAI dans un rapport du 10 septembre 2010, le Dr M._____, chef de clinique adjoint auprès du Service d'orthopédie et de traumatologie du N._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'ostéopénie transitoire du col fémoral gauche dans les suites d'un by-pass gastrique avec perte de poids importante et de fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche secondaire à l'ostéopénie transitoire, sans nécrose de la tête fémorale gauche. Le Dr M._____ a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle, depuis le 15 mars 2010. S'agissant des restrictions, il a indiqué que l'assurée se déplaçait avec deux cannes en charge partielle de son membre inférieur gauche, avec un périmètre de marche réduit. Au vu de l'évolution habituelle de la maladie, qui durait entre six et neuf mois, il estimait qu'on pouvait s'attendre à une récupération au niveau de la hanche gauche, avec une reprise de travail.

Dans un rapport du 14 février 2011 à l'OAI, le Dr G._____ a fait part d'une évolution relativement favorable de la fracture du fémur gauche. L'assurée pouvait parfois se déplacer sans le soutien d'une canne. Toutefois, les douleurs persistaient, malgré une légère amélioration. L'intéressée avait repris le travail à 50% de son taux habituel de 40% (soit 20%), mais, selon le médecin traitant, elle avait beaucoup de peine à assumer ce taux réduit. Elle avait de la difficulté à marcher et à se tenir debout, et ne pouvait pour l'instant pas porter de charges.

Selon un rapport d'IRM du pied gauche du 23 mars 2011, l'assurée a subi une fracture par insuffisance du 5^{ème} métatarsien.

Le 26 avril 2011, le Dr D._____, chef de clinique au Service d'orthopédie et de traumatologie du N._____, a fait état d'une évolution stationnaire, avec persistance de douleurs mécaniques de la hanche. Les limitations fonctionnelles étaient importantes, puisque la patiente présentait des douleurs mécaniques de la hanche à la moindre mobilisation et à la mise en charge. Selon le médecin, la capacité de travail actuelle de 50% était probablement adaptée et pourrait peut-être être augmentée dans les mois à venir.

Dans un rapport du 5 mai 2011 à l'OAI, le Dr G._____ a confirmé les diagnostics incapacitants de fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche, en février 2010, et de fracture du 5^{ème} métatarsien du pied gauche, en mars 2011. Le traitement consistait en repos, en « activité physique aménagée », ainsi qu'en anti-inflammatoires et antalgiques. Le médecin traitant a précisé que l'assurée avait toujours beaucoup de peine à se déplacer, utilisant le plus souvent une paire de cannes anglaises. Le status s'était compliqué avec la fracture du 5^{ème} métatarsien, qui entraînait une boiterie. Après avoir travaillé à 50% de son taux habituel de 40%, soit à 20%, l'assurée présentait à nouveau une incapacité de travail de 100% depuis le 1^{er} mai 2011, pour une durée de minimum 6 à 12 mois. Le Dr G._____ était d'avis que l'assurée devrait travailler en position assise, mais qu'il n'y avait pas d'activité adaptée, car le déplacement sur son lieu de travail représentait déjà un handicap par

rapport à sa pathologie orthopédique. Il a transmis à l'OAI un rapport du 14 avril 2011 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, aux termes duquel l'assurée avait signalé des douleurs au démarrage dans les régions trochantérienne et lombaire basse, avec une fatigabilité accrue entraînant une boiterie après un périmètre de marche de trente minutes environ. S'agissant de la hanche, le chirurgien précisait qu'en l'absence de répercussion articulaire, il n'y avait pas lieu d'effectuer un forage de la tête fémorale. Il convenait par contre de « ménager la hanche avec des activités selon tolérance et de se laisser le temps d'une guérison spontanée qui [pouvait] prendre jusqu'à deux ans ».

Dans un rapport du 12 juillet 2011 à l'OAI, le Dr C._____ a indiqué que sa patiente présentait une ostéopénie sévère pour son âge. Compte tenu de ses atteintes ostéo-articulaires, elle devait éviter les marches prolongées, les montées et descentes d'escaliers, ainsi que le port de charges. De l'avis du chirurgien, il convenait d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité permettant d'alterner les stations debout et assises, et de limiter les déplacements prolongés ainsi que le port de charges supérieures à 10 à 20 kg.

L'OAI a confié au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) la réalisation d'un examen clinique orthopédique. Dans un rapport du 9 juin 2011, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche dans le cadre d'une ostéoporose transitoire (M80.9). Il n'a par contre reconnu aucun effet incapacitant aux autres pathologies constatées (status après fracture de fatigue du 5^{ème} métatarsien de l'avant-pied gauche consolidée, status après by pass gastrique pour obésité morbide, hypertension artérielle en traitement, diabète de type II compliqué par une néphropathie, une rétinopathie diabétique débutante, ainsi qu'une dyslipidémie, rein unique congénital, syndrome des anticorps anti-phospholipides et syndrome d'apnées du sommeil). Il a retenu que l'assurée avait présenté une totale incapacité de travail depuis le

17 septembre 2009, suivie d'une reprise de travail à 20% dès le 1^{er} février 2010, puis d'un nouvel arrêt de travail à 100% dès le 19 mars 2010. Alors que, selon le Dr J._____, l'activité habituelle n'était plus exigible, l'assurée avait recouvré dès le mois de mai 2011 une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges, n'exigeant pas plus que de courts déplacements à plat et ne nécessitant pas de stations debout excédant trente minutes.

U._____ a résilié les rapports de travail le 13 juin 2011 pour le 30 septembre 2011.

Par communication du 22 août 2011, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel, sous forme d'une remise à niveau en tant que secrétaire médicale auprès de E._____, du 20 septembre 2011 au 29 mars 2012, à raison de quatre demi-journées par semaine. Par une seconde communication du même jour, l'office a mis l'assurée au bénéfice d'indemnités journalières d'attente du 16 août au 19 septembre 2011.

S'adressant au SMR le 6 octobre 2011, le Dr C._____ a qualifié les conclusions du rapport d'examen du Dr J._____ du 9 juin 2011 de contradictoires, dans la mesure où celui-ci estimait qu'une activité adaptée était exigible alors même qu'il était d'avis que la situation n'était pas stabilisée. Le Dr C._____ a précisé que l'activité d'auxiliaire de santé n'était plus exigible, mais qu'une reconversion professionnelle, à charge de l'OAI, pouvait être envisagée dans une activité physiquement plus légère « de type secrétariat ou analogue ».

Par communication du 13 octobre 2011, l'OAI a accordé à l'assurée la prise en charge d'un cours d'appui en informatique, dispensé par E._____.

Lors d'un entretien téléphonique du 2 décembre 2011, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle pensait ne pas avoir le niveau nécessaire pour la formation entreprise. Elle a demandé une mise à niveau

par module échelonné et la possibilité de recommencer la formation dès avril 2012.

Dans un rapport du 5 décembre 2011 à l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué que sa patiente ne parvenait plus à faire face à sa formation, et plus particulièrement aux déplacements entre son domicile et l'école, qui avaient réactivé ses douleurs de hanche. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le même jour, pour une durée indéterminée, rappelant que, s'agissant des douleurs, le Dr C. _____ avait préconisé du repos.

Aux termes d'un bilan de mesure du 14 décembre 2011 et d'une communication du 15 décembre 2011, le service de réadaptation de l'OAI a relevé qu'en raison des lacunes trop importantes de l'assurée en informatique et dactylographie, ainsi que de sa trop faible capacité d'apprentissage, il convenait d'interrompre les deux mesures de formation en cours au 31 décembre 2011. Des indemnités journalières d'attente ont été allouées dès le 1^{er} janvier 2012.

Par communication du 13 janvier 2012, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un nouveau reclassement professionnel, par une mesure d'acquisition de compétences dans le milieu de la production, auprès de B. _____, du 12 janvier au 12 avril 2012.

Dans un courrier du 20 février 2012 à l'OAI, le Dr G. _____ a indiqué que l'incapacité de travail attestée le 5 décembre 2011 perdurerait « jusqu'à la résolution des problèmes orthopédiques ». Le médecin traitant a indiqué que, si l'activité de secrétaire médicale, exercée assise, pouvait correspondre à l'état de santé de sa patiente, les trajets de son domicile, à Q. _____, au centre-ville de Lausanne, n'étaient pas possibles. Les cinq minutes de marche séparant son domicile de la station de bus avaient en effet réactivé les douleurs de hanche et nécessité la reprise du traitement de Miacalcic et Arcoxia. Selon le Dr G. _____, l'assurée était « tout simplement incapable de se déplacer, en raison de ses problèmes orthopédiques ».

Dans un avis du SMR du 13 mars 2012, le Dr L._____ a estimé que le Dr G._____ ne faisait que valoir une appréciation différente d'un même état de santé, sans apporter de faits médicaux nouveaux. Il a dès lors maintenu une pleine exigibilité dans une activité adaptée.

Aux termes d'une fiche de calcul du 24 avril 2012, se fondant sur les valeurs déterminantes en 2010, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 67'708 fr. 87 (pour une activité à 100%), et le revenu d'invalidité à 47'455 fr. 20. Le préjudice économique découlant de la comparaison de ces revenus était de 30%.

Par communication du 1^{er} mai 2012, l'OAI a accordé à l'assurée :

- un stage dans le domaine du conditionnement léger industriel, auprès de W._____, au [...], du 23 avril au 4 mai 2012, organisé sous l'égide de B._____, et
- des indemnités journalières d'attente, du 13 au 22 avril 2012, puis dès le 5 mai 2012 jusqu'au début de la mesure suivante.

Par la suite, l'OAI a prolongé le droit à des indemnités journalières d'attente jusqu'au 30 septembre 2012.

Dans un rapport final du 6 septembre 2012, le Service de réadaptation de l'OAI a fait état des éléments suivants :

« Une première tentative de reclassement professionnel s'est terminée par un échec. De retour dans une phase d'orientation professionnelle, seules les activités simples et répétitives se sont avérées accessibles à l'assurée. Lors de l'orientation professionnelle, un stage en entreprise (conditionnement dans l'industrie légère) a été effectué.

Le retour du responsable était mitigé : très lente de manière générale, mais avec une machine qui donne la cadence et une période d'entraînement plus longue, notre assurée pourrait prétendre d'être rentable, pour autant qu'elle arrive à régulariser ses présences (cf. REA [Service de réadaptation] note de suivi du 04.05.2012). A savoir, que l'assurée a seulement tenu 2 jours à 100%, avant de s'absenter 3 jours et de reprendre les 4 derniers jours du stage à 50% (exigibilité de 100% dans une AA [activité adaptée]).

(...)

Malgré le préjudice économique important, force est de constater qu'aucune mesure ne pourrait réduire ce préjudice. Le RI restera l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] (cf. Calcul ESS du 24.04.2012).

(...) »

Par projet de décision du 16 octobre 2012, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de supprimer le droit à l'indemnité journalière d'attente au 30 septembre 2012, au motif qu'après plusieurs tentatives, il avait constaté qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne pouvait réduire son préjudice économique.

Le 13 novembre 2012, représentée par Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (ci-après : Fortuna), l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. Elle a demandé que son droit à de nouvelles mesures d'ordre professionnel soit reconnu, en particulier celui à un reclassement dans une activité adaptée, et que des indemnités journalières d'attente lui soient allouées dans l'intervalle.

Dans un avis du 4 mars 2013, le service juridique de l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une enquête ménagère, afin de clarifier le statut de l'assurée.

Lors de l'enquête, le 21 mars 2013, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à plein temps, pour des motifs financiers. Dans son rapport du 8 avril 2013, l'enquêtrice a confirmé le statut de personne 100% active. A titre indicatif, elle a indiqué que, sur une part ménagère supposée de 100%, l'assurée subirait un empêchement de 21,6%.

Dans un avis du 3 juin 2013, le service juridique de l'OAI a estimé qu'au vu du parcours professionnel de l'assurée, il convenait de s'écarter des conclusions du rapport d'enquête ménagère s'agissant du statut, et de retenir une part active de 50% ainsi qu'une part ménagère de 50%.

Par décision du 3 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 octobre 2012, en ce sens qu'il mettait fin au versement d'indemnités journalières d'attente au 30 septembre 2012. Il a constaté qu'après plusieurs tentatives de mesures professionnelles, il était apparu qu'aucune mesure ne pouvait réduire le préjudice économique de l'assurée, et que dès lors, les conditions posées au versement d'indemnités journalières d'attente n'étaient plus remplies. Dans une lettre explicative du 4 juin 2013, l'office a précisé que les différentes tentatives de mesures avaient permis de constater que seules des activités simples et répétitives, ne demandant pas de formation préalable, étaient accessibles à l'assurée. Dans cette situation, l'OAI confirmait ne pas pouvoir accéder à la demande de l'assurée de bénéficier de nouvelles mesures de réadaptation, annonçant « qu'en ce qui concern[ait] l'aspect réadaptation », il maintenait son projet de décision du 16 octobre 2012.

Par projet de décision du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer trois quarts de rente dès le 1^{er} février 2011 (soit six mois après le dépôt de sa demande), sur la base d'un taux d'invalidité de 61% (à savoir un empêchement de 100% sur la part active de 50%, [soit 50%], cumulé à un empêchement de 21,6% sur la part ménagère de 50%, [soit 10,8%]). Dans la mesure où, selon les conclusions du SMR, l'intéressée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelle (pas de longues marches, ni de longues stations debout, ni de port de charges) dès le 5 mai 2011, son taux d'invalidité se limitait à 25,75% dès mai 2011, sur la base du calcul suivant :

« Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF 33'854.43		
avec invalidité	CHF 23'727.60		
la perte de gain s'élève à	CHF 10'126,83	=	invalidité de 29,91%

<u>Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchement</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	50%	29,91%	14,95%
Ménagère	50%	21,60%	10,80%
Degré d'invalidité			25.75%

Le droit à la rente devait ainsi être supprimé dès le 1^{er} septembre 2011, soit trois mois après l'amélioration constatée au 5 mai 2011.

L'assurée, toujours par l'entremise de Fortuna, a fait part de ses objections au projet de décision précité le 8 juillet 2013, concluant à la poursuite de l'instruction et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a transmis à l'office :

- un rapport du Dr G._____ du 27 juin 2013 à Fortuna, signalant des douleurs à la hanche gauche pendant le sommeil, exacerbées en charge et dès la mobilisation de la hanche, malgré la prise régulière d'anti-inflammatoires. Selon le médecin traitant, toute activité impliquant un certain déplacement, il était illusoire d'exiger de l'assurée une activité professionnelle, même adaptée. Toujours selon le Dr G._____, les symptômes étaient permanents depuis février 2010, sans évolution. Le remplacement de la hanche gauche était prévu en septembre 2013, à la suite de quoi l'assurée serait en totale incapacité durant six à douze mois,
- un rapport du Dr C._____ du 2 juillet 2013 à Fortuna, aux termes duquel le chirurgien a posé le diagnostic de nécrose aseptique de stade III de la tête fémorale gauche développée sur une ostéoporose transitoire. Le Dr C._____ a attesté une totale incapacité de travail, en précisant ce qui suit :

« En effet, je ne vois pas très bien quelle activité pourrait être exercée par Mme R._____ étant donné que la marche aussi bien que la position assise sont limitées par les douleurs. Dès lors, sa capacité de travail est nulle comme auxiliaire de santé. Le principe d'une activité adaptée me paraît difficilement adaptable, la profession usuelle étant auxiliaire de santé et non une activité adaptée. Dans ce cas l'AI devrait au moins proposer une reconversion professionnelle. (...) L'implantation d'une PTH G [prothèse totale de la hanche gauche] est prévue courant septembre 2013 avec, par la suite, une incapacité de travail de 4 à 6 mois avant d'envisager une reprise d'une activité professionnelle ».

Le 13 août 2013, Fortuna a transmis à l'OAI un courrier établi le 26 juillet 2013 par le Dr F._____, à son attention, dans lequel le psychiatre traitant a indiqué que sa patiente souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), qu'il estime incapacitant. Il a

observé des troubles du sommeil, partiellement corrigés par la prise de Lexotanil, une fatigabilité, une anhédonie, des difficultés à faire appel à sa volonté, un trouble de la concentration et de la mémoire de fixation, ainsi qu'une adynamie. L'assurée avait présenté une première période de décompensation dépressive après la naissance de sa fille en 2006 ; elle avait été suivie par le Dr X._____, psychiatre. Le Dr F._____ avait repris son suivi depuis le 23 mai 2011. Le traitement consistait en antidépresseur (Eflexor 75mg). L'évolution était fluctuante, avec des périodes où l'état dépressif se péjorait pour atteindre une sévérité moyenne. Le psychiatre traitant a attesté une capacité de travail résiduelle « pas supérieure à 50% » dans toute activité confondue, précisant que l'exercice d'une activité à taux supérieur faisait courir le risque d'une rechute. Le Dr F._____ a émis un pronostic moyen à bon.

Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique externe, qu'elle a confiée au Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 14 août 2014, le Dr T._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif éventuellement récurrent, de gravité sub-clinique, auquel il n'a attribué aucun effet incapacitant. Il n'a observé aucune comorbidité psychiatrique ou trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale, de sorte que, sur le plan psychique et mental, l'assurée ne connaissait aucune restriction. Elle disposait, et avait toujours disposé, d'une capacité de travail entière dans toute activité, sans baisse de rendement.

Dans un avis du SMR du 4 septembre 2014, les Drs H._____ et S._____ se sont ralliés aux conclusions du Dr T._____ et ont confirmé la teneur du rapport du SMR du 22 juillet 2011, relevant au demeurant que l'assurée avait entretemps été opérée de la hanche gauche.

Par communication du 17 septembre 2015, l'office a mis l'assurée au bénéfice d'une aide au placement, à laquelle il a mis fin le 13 avril 2016 en raison du manque de collaboration de l'intéressée.

Par décision du 15 avril 2016, reprenant la motivation de son projet du 3 juin 2013, l'OAI a accordé à l'assurée trois quarts de rente limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} février 2011 au 31 août 2011, sur la base d'un taux d'invalidité de 61%.

B. Par acte du 23 mai 2016, toujours représentée par Fortuna, R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 15 avril 2016, dont elle conclut implicitement, sous suite de frais et dépens, à la réforme, dans le sens de l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité au-delà de septembre 2011, et plus particulièrement à une demi-rente d'invalidité. Elle estime que les conclusions des Drs J._____ et T._____ sont contredites par le fait qu'elle souffre de douleurs chroniques et de dépression grave, et qu'elle est incapable de travailler. Elle soutient également que les avis des Drs J._____ et T._____ sont incomplets, car ils ne tiennent pas compte de l'incapacité de travail survenue durant sa réinsertion professionnelle, de septembre 2011 à septembre 2012, de celle induite par l'intervention chirurgicale de septembre 2013 à la hanche, et de l'aggravation au plan psychiatrique, qui a conduit à son hospitalisation à Z._____ en mars 2016.

Dans une réponse du 18 août 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 15 avril 2016, au motif que le SMR s'était exprimé à plusieurs reprises sur la situation de l'assurée, en tenant compte des rapports médicaux produits.

Par réplique du 9 septembre 2016, la recourante invoque que les douleurs à sa hanche droite limitent ses capacités physiques et restreignent notamment son périmètre de marche à 15 minutes, précisant qu'elles donneront bientôt lieu à une opération. Elle soutient que ces affections, de même que celles d'ordre psychique, lui interdisent la reprise de son ancienne activité, et que seule peut être envisagée, après reconversion professionnelle, une activité adaptée, à 50%, soit une activité légère ne nécessitant pas le port de charges et permettant

d'alterner les stations assistée et debout, sans déplacement prolongé, comme préconisé par le Dr C._____. A l'appui de son écriture, la recourante a notamment produit :

- une attestation de court séjour de la P._____, confirmant qu'elle a séjourné à des fins thérapeutiques à Z._____ du 4 mars au 3 avril 2016,
- un bilan de séjour du 13 avril 2016, aux termes duquel l'objectif du séjour de l'assurée était de mettre à distance son environnement, de prendre du temps pour elle et de retrouver une qualité de sommeil,
- un courrier du 14 juin 2016 du Dr F._____ à Fortuna, confirmant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel léger (F 33.0) et l'incapacité de travail de 50%, le psychiatre précisant que sa patiente a séjourné un mois à la Z._____ en raison d'une situation conjugale conflictuelle,
- un rapport du 11 juillet 2016 du Dr C._____, indiquant que l'assurée a été opérée d'une prothèse totale de la hanche gauche le 25 septembre 2013. S'agissant de la capacité de travail, le chirurgien s'est exprimé en ces termes :

« Dans son activité d'auxiliaire de santé, la capacité de travail comme auxiliaire de santé est actuellement nulle et fait donc foi dans le contexte d'une incapacité de travail et rente AI.

Il n'existe pas d'activité adaptée tant que la patiente n'a pas été émise au bénéfice d'une reconversion professionnelle dans une activité appropriée qui consisterait en une activité de bureau légère ne nécessitant pas de port de charges et permettant d'alterner les stations assises et debout sans déplacement prolongé.

(...)

Cette conclusion [ndr : de l'OAI dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée] est nulle et non appropriée puisque l'activité professionnelle de Mme R._____ est celle d'auxiliaire de santé. Je ne sais pas à quelle profession correspond le terme activité adaptée. Si l'AI veut que Mme R._____ reprenne une activité professionnelle, elle se doit de lui offrir une reconversion professionnelle et la capacité de travail reste nulle jusqu'à ce que ceci soit fait... »

Par duplicata du 3 octobre 2016, l'intimé a estimé que la recourante n'avait pas produit d'élément objectif nouveau susceptible de jeter un doute sérieux sur la question de la capacité de travail dans une

activité adaptée. Même si la capacité de travail dans une telle activité devait être arrêtée à 50%, cela ne modifierait pas le taux d'invalidité retenu, dès lors que l'assurée a été reconnue active à 50% seulement.

Le 10 mars 2017, la recourante a produit différents documents médicaux relatifs avec son séjour à Z._____ de mars à avril 2016, dont un rapport du Dr Y._____, psychiatre auprès de l'établissement.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

b) Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité. Les conclusions et la motivation du recours ne permettent pas de considérer que le droit aux mesures de reclassement et aux indemnités journalières d'attente serait encore litigieux. A première vue, ces questions ont déjà fait l'objet d'une décision du 3 juin 2013, entrée en force. Quoi qu'il en soit, le recours sur ces questions, à supposer qu'il fût recevable, serait mal fondé (cf. consid. 9 ci-après).

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. 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.

b) 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess 2011, p. 538 n° 2190) La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement

est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI).

d) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 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 (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit en outre ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. 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 et 125 V 146). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI).

e) Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels. Le Tribunal fédéral a admis la conformité de cette pratique (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui

concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1, 128 V 93 ; cf. TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3).

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en quant 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 (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012, consid. 5.2 et la référence).

4. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 50% et consacré les 50% restants aux tâches ménagères. Il a ainsi procédé à une évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, sur la base d'une part active de 50% et d'une part ménagère de 50%.

Cette appréciation est convaincante. L'assurée est mère de deux enfants adultes, nés en [...] et [...]. Elle a ensuite donné naissance à deux autres enfants, en [...] et [...]. Certes, dans le cadre de la procédure administrative, elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100%, ce que l'enquêtrice de l'OAI a admis (cf. questionnaire de détermination du statut du 9 octobre 2010 et rapport d'enquête ménagère du 8 avril 2013, p. 3). Ses affirmations ne suffisent toutefois pas à établir

au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé. En effet, comme le relève à juste titre le service juridique de l'OAI dans son avis du 3 juin 2013, depuis son arrivée en Suisse en 1987, l'assurée n'a jamais travaillé à 100%, hormis, selon ses dires, quelques mois en 1988 comme ouvrière d'usine (cf. rapport d'examen du SMR du 9 juin 2011, p. 1 et rapport d'enquête ménagère du 8 avril 2013, p. 3). Cependant, compte tenu de son éloignement dans le temps et de sa brièveté, ce rapport de travail ne saurait être déterminant pour fixer son statut en 2011. De 1989 à 1991, la recourante a travaillé comme aide-infirmière pour la V._____. Elle affirme avoir travaillé à 80% mais, comme l'observe à juste titre l'intimé, les revenus réalisés auprès de cet employeur (cf. extrait de compte individuel AVS : 20'617 fr. en 1989, 23'112 fr. en 1990 et 11'055 fr. 1991), ne sont pas représentatifs d'un taux d'activité de 80%. Les calculs opérés à cet égard par le service juridique sont cohérents et conduisent à retenir un taux d'activité avoisinant les 50%. Ensuite, en 1991, la recourante a été embauchée comme veilleuse par K._____, dans le cadre d'un contrat de travail sur appel. En 1993, elle a débuté son activité d'auxiliaire de santé auprès de U._____, qui l'emploiera durant près de 20 ans, à 50% jusqu'en 2007, puis à 40% dès 2008. Il n'est pas exclu, comme le retient l'enquêtrice de l'OAI, que le contrat de travail sur appel liant l'assurée à K._____ ait été en vigueur jusqu'en 1997. Toutefois, selon l'extrait de compte individuel AVS, K._____ n'a annoncé des revenus que pour 1991 et 1992 (respectivement de 1'305 fr. et 4'597 fr.). On peut donc en déduire que l'assurée n'a effectivement travaillé pour K._____ que deux ans, a fortiori à un taux très réduit, et qu'elle n'a dans les faits jamais cumulé cette activité avec celle exercée pour le compte de U._____. En définitive, aucun élément au dossier ne permet de retenir que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à plus de 50%, qui représente son taux d'activité maximal régulier, depuis 1989, et ce même durant les treize ans séparant la naissance de ses deuxième et troisième enfants.

Ces éléments imposent de s'éloigner des conclusions de l'enquêtrice s'agissant du statut de l'assurée, et de retenir une part active limitée à 50%. La méthode d'évaluation de l'invalidité ainsi que la quotité

des parts active (50%) et ménagère (50%) retenues par l'intimé ne sont dès lors pas sujettes à la critique. On remarquera d'ailleurs à cet égard que, si l'assurée a contesté son statut au cours de la procédure administrative, elle n'a pas remis en question les conclusions de l'intimé sur ce point au niveau du recours.

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 d'un rapport médical, 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014

précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

6. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, l'intimé s'est principalement fondé sur les rapports des Drs J._____ et T._____.

a)aa) Au plan somatique, l'ensemble des médecins s'entend pour dire que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus exigible. Leurs avis divergent par contre s'agissant de la question de la capacité résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée.

A l'issue de son examen du 9 juin 2011, le Dr J._____ a retenu que l'assurée souffrait d'une fracture sous-chondrale de la tête fémorale gauche survenue durant une ostéoporose transitoire (M80.9). Il a reconnu que l'assurée avait présenté une totale incapacité de travail depuis le 17 septembre 2009, hormis une reprise du travail temporaire de quelques semaines dès le 1^{er} février 2010, et que l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'était plus exigible. Par contre, le Dr J._____ a estimé que, dès le mois de mai 2011, l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée, sédentaire ou semi-sédentaire, n'exigeant que de courts déplacements à plat, et ne nécessitant ni port de charges, ni position debout statique excédant trente minutes.

A ce stade, force est de constater que le rapport du 12 juillet 2011 du Dr J._____ est probant. Le médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a procédé à un

examen clinique. Il a étudié de manière circonstanciée les points litigieux, en pleine connaissance de l'anamnèse et en prenant en compte les plaintes de l'assurée. En outre, son appréciation de la situation médicale est claire et ses conclusions sont bien motivées. Son rapport remplit ainsi les exigences jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

Pour sa part, la recourante n'apporte aucun élément de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr J._____, tout au moins pour la période courant jusqu'en septembre 2013, où elle a bénéficié de l'implant d'une prothèse totale de la hanche gauche. En particulier, les rapports des Drs G._____ et C._____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions du Dr J._____.

Le Dr G._____ a admis que l'assurée pouvait travailler assise et qu'une activité telle que secrétaire médicale pouvait correspondre à son état de santé (cf. rapports des 5 mai 2011 et 20 février 2012). Il a cependant régulièrement insisté sur les difficultés de déplacement rencontrées par sa patiente, qui selon lui, induisaient à elles seules une totale incapacité de travail dans quelque activité que ce soit. Ainsi, le 5 mai 2011, il a fait savoir que l'assurée avait toujours beaucoup de peine à se déplacer et qu'elle avait souvent recours à des cannes anglaises. Alors qu'il avait préconisé une reprise du travail à 20% en février 2011 à la faveur d'une évolution relativement favorable de la fracture du fémur, il a attesté une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le début mai 2011, pour une durée de six à douze mois. Il s'est limité à expliquer à cet égard, sans autre motivation, qu'en raison de l'évolution peu favorable, il n'y avait pas d'autre alternative au repos. Pourtant, le 26 avril 2011, le Dr D._____ avait fait état d'une évolution stationnaire et avait estimé que la capacité de travail actuelle de 50% était probablement adaptée et pourrait peut-être être augmentée dans les mois à venir. Si la perspective d'une amélioration restait certes conditionnelle, le chef de clinique du N._____ n'a en aucun cas fait état d'une aggravation justifiant une nouvelle incapacité totale de travail dès le début mai 2011. Alors qu'il admet que sa patiente pourrait travailler en position assise, le

Dr G._____ estime qu'il n'existe pas d'activité adaptée, au seul motif que le déplacement jusqu'à son lieu de travail « représente déjà un handicap par rapport à la pathologie orthopédique ». Le 5 décembre 2011, alors que l'assurée suivait une formation auprès de E._____, le Dr G._____ a attesté une nouvelle incapacité de travail à 100%, au motif que l'assurée ne pouvait selon lui plus faire face aux déplacements entre son domicile et l'école. Le 20 février 2012, le médecin traitant a maintenu que sa patiente se trouverait en totale incapacité de travail « jusqu'à la résolution des problèmes orthopédiques ». Il a précisé que les trajets de Q._____ au centre-ville de Lausanne n'étaient tout simplement pas possibles, car les cinq minutes de marche séparant le domicile de l'assurée de l'arrêt de bus avaient réactivé les douleurs à la hanche et nécessité la reprise du traitement contre l'ostéoporose et les inflammations liées à l'arthrose. Dans ce même rapport, le Dr G._____ va jusqu'à affirmer que sa patiente se trouve « tout simplement incapable de se déplacer », précisant le 27 juin 2013 que toute activité nécessitant un certain déplacement, il était illusoire d'exiger de l'assurée l'exercice d'une activité, même adaptée. Or, ces conclusions ne sauraient être suivies. Certes, la fracture sous-chondrale fémorale entraîne des limitations fonctionnelles. Le Dr J._____ a reconnu à cet égard que l'assurée devait se limiter à des activités sédentaires ou semi-sédentaires, sans port de charges ni station debout excédant trente minutes, et ne nécessitant pas plus que de courts déplacements. On ne voit cependant pas que les problèmes de hanche soient à ce point incapacitants qu'ils empêchent l'assurée de parcourir à pied les cinq minutes séparant son domicile de l'arrêt du bus. Aucun élément au dossier ne permet de retenir une solution aussi extrême qu'une complète incapacité de se déplacer, qui n'apparaît pas vraisemblable au vu des atteintes à la santé constatées médicalement. Dans son rapport du 14 avril 2011 au Dr G._____, le Dr C._____ avait d'ailleurs fait état d'un périmètre de marche certes restreint, mais à trente minutes. Le 12 juillet 2011, il n'avait posé de limitation que s'agissant des marches « prolongées », ce qui ne saurait inclure les déplacements de cinq minutes. Il ressort également des propres déclarations de l'assurée qu'elle ne se trouve pas dans l'impossibilité complète de se déplacer. Ainsi, le tableau qu'elle a dépeint

lors de son examen par le Dr J._____ n'est pas aussi sombre que celui du Dr G._____. L'assurée a en effet expliqué que les douleurs apparaissaient après trente minutes de marche à plat, et que lorsqu'elle n'a pas de douleurs, elle pouvait même monter et descendre les escaliers sans trop de difficultés. Décrivant sa vie quotidienne, elle a indiqué qu'elle faisait des courtes promenades pour aller chercher sa fille à la garderie ou acheter des aliments. De même, lors de l'enquête ménagère le 21 mars 2013, elle a fait savoir que son mari effectuait les achats une fois par semaine et que pour sa part, elle se chargeait des petits achats frais, si nécessaire. Elle pouvait également aller s'acheter des vêtements en transports publics. Elle a encore précisé que les transports publics se trouvaient à cinq minutes et les commerces à dix à quinze minutes de transports publics. Au vu de ces éléments, on ne peut retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, comme le soutient le Dr G._____, l'assurée se trouve dans l'impossibilité de se déplacer, et notamment de parcourir à pied de courtes distances. Dès lors que le médecin traitant admet que sa patiente peut travailler assise, il n'apporte en définitive aucun élément probant permettant de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr J._____, à savoir que l'assurée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée, tout au moins de mai 2011 à août 2013 (cf. consid. 6a/bb ci-dessous pour la période courant dès septembre 2013).

L'avis du Dr C._____ ne permet pas non plus de s'écarter des conclusions du Dr J._____. Le 6 octobre 2011, le chirurgien de l'assurée a indiqué qu'une reconversion professionnelle pouvait être envisagée, dans une activité physiquement plus légère « de type secrétariat ou analogue ». Il a confirmé son indication à la reconversion dans ses rapports des 2 juillet 2013 et 11 juillet 2016. C'est dire qu'il est d'avis que sa patiente dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. A noter qu'il retient des limitations fonctionnelles superposables à celles mises en évidence par le Dr J._____, en ce sens que sa patiente doit éviter les marches prolongées, les montées et descentes d'escalier ainsi que le port de charges supérieures à 10 à 20 kg (cf. rapport du 12 juillet 2011). Le Dr C._____ ne saurait cependant être

suivi lorsqu'il soumet la mise en valeur de cette capacité résiduelle de travail à la prise en charge par l'OAI d'une reconversion professionnelle. C'est de manière infondée qu'il soutient qu'il n'existe pas d'activité adaptée à l'état de santé de sa patiente aussi longtemps qu'elle n'aura pas été mise bénéficiaire d'une reconversion professionnelle par l'OAI, comme une activité de bureau légère, et qu'aussi longtemps que l'intimé n'aura pas offert une telle reconversion, sa capacité de travail restera nulle (cf. rapport du 11 juillet 2016). C'est en fonction des limitations fonctionnelles qu'il peut être défini s'il existe, ou non, une activité adaptée à l'état de santé d'un assuré. Or, en l'occurrence, en présence de restrictions somme toute modérées, ne limitant l'assurée qu'en ce qui concerne le port de charges, les stations debout et les déplacements prolongés, on ne peut pas sérieusement soutenir qu'il n'existe pas d'activité adaptée. En prenant position de la sorte, le DrC. _____ est au demeurant sorti du cadre de ses attributions. La tâche des médecins consiste en effet à évaluer l'état de santé de la personne examinée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est capable de travailler. Or, en faisant dépendre la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée à la mise en œuvre d'une mesure de réadaptation par l'OAI, au motif qu'il ne voyait pas très bien quelle activité elle pourrait exercer au vu de ses limitations, le DrC. _____ est sorti de ce cadre. Il ne fait pas une constatation de fait d'ordre médical, sur la capacité de travail de l'assurée, mais émet une appréciation subjective, relative aux perspectives de l'intéressée de retrouver un emploi dans une activité adaptée, ce qui n'est pas de sa compétence. En outre, et contrairement à l'avis du Dr C. _____ du 6 octobre 2011, il n'y a pas de contradictions à considérer que l'atteinte à la hanche n'est pas stabilisée, raison pour laquelle le Dr J. _____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé, et à constater une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. On notera encore à cet égard que le fait que l'assurée ait demandé de réduire son taux d'activité à 50% durant sa seconde semaine de stage auprès de W. _____ n'est pas déterminant dès lors que, selon le statut retenu (part active de 50%), elle ne serait quoi qu'il en soit pas appelée à travailler à plus de 50%. De même, toujours compte tenu de son statut de personne

active limité à 50%, la recourante conclut en réalité dans le sens de la décision entreprise, lorsqu'elle indique dans sa réplique du 9 septembre 2016 qu'elle est capable d'exercer une activité adaptée à 50%. Cela implique en effet qu'elle admet pouvoir mettre à profit une capacité de travail résiduelle à hauteur de la totalité de la part active qui lui est reconnu.

Ainsi, en définitive, pour la période courant jusqu'à la fin août 2013, la capacité de travail de l'assurée au plan somatique peut être tranchée sur la base du rapport du Dr J._____. L'intéressée a ainsi présenté une totale incapacité de travail jusqu'à la fin avril 2011, puis son état de santé s'est amélioré dans le courant du mois de mai 2011, lui permettant de recouvrer une totale capacité de travail dans une activité adaptée. Cette amélioration est de nature à conduire à une révision des prestations, au sens des art. 17 LPGA et 88a al. 1 RAI.

bb) Le 25 septembre 2013, l'assurée a bénéficié de l'implant d'une prothèse totale de la hanche gauche. Cette opération a sans aucun doute provoqué une incapacité de travail durant plusieurs mois, au plan tant professionnel que ménager. Dans son rapport du 2 juillet 2013, le Dr C._____, en charge de l'intervention, avait évalué la durée de l'incapacité de travail, de manière prospective, à quatre à six mois. Dans son avis du 4 septembre 2014, le SMR a pris acte de cette opération. A aucun moment cependant, l'intimé n'a instruit sur les suites de cette intervention. On ignore ainsi tout de la durée et du taux de l'incapacité de travail qui en a découlé, de même que sur son effet sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail dans une activité adaptée.

cc) En définitive, il ne se trouve au dossier aucun élément permettant de retenir qu'entre mai 2011 et août 2013, l'assurée ne disposait pas d'une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de nature orthopédique. Par contre, la situation au plan somatique dès septembre 2013 n'est pas suffisamment instruite pour permettre une évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

b)Au plan psychiatrique, à l'issue d'une expertise du 21 mars 2014, le Dr T._____ a conclu à l'absence de limitation au plan psychique et moral. Il n'a retenu qu'un épisode dépressif éventuellement récurrent, mais de gravité sub-clinique, sans incidence sur la capacité de travail. L'expert psychiatre a procédé à une étude circonstanciée et approfondie de la situation de la recourante. Il s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse, en prenant en compte les plaintes de l'assurée. Sa description du contexte médical et son appréciation de la situation sont claires. Ses conclusions sont dûment motivées et ne contiennent pas de contradiction, le Dr T._____ ayant motivé son désaccord avec les conclusions prises par le Dr F._____. Son rapport d'expertise du 14 août 2014 satisfait donc aux requisits jurisprudentiel en matière de valeur probante des rapports médicaux.

La recourante soutient en recours que de l'avis de son psychiatre traitant, elle est atteinte de « dépression grave » la rendant incapable de travailler. Or telles ne sont pas les conclusions du Dr F._____. Dans son courrier du 26 juillet 2013 à Fortuna, le psychiatre traitant a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, ce qu'il a confirmé le 14 juin 2016. Malgré le degré de peu de gravité, le Dr F._____ soutient que le trouble induit une incapacité de travail de 50%, sans toutefois préciser s'il entend le 50% d'une activité à plein temps, ou le 50% du taux de travail habituel de l'assurée. Dans son rapport du 14 juin 2016, il se limite à affirmer qu'il se distance des conclusions de l'expert T._____, sans toutefois motiver son désaccord. Or, c'est de manière convaincante que le Dr T._____ fait valoir que le diagnostic retenu (épisode léger) par le psychiatre traitant ne saurait être incapacitant, remarquant au surplus que l'assurée a dû interrompre son activité professionnelle pour des motifs orthopédiques et non psychiques. Certes, le Dr F._____ a fait état d'une évolution fluctuante, avec des périodes où l'état dépressif se péjore pour atteindre une sévérité moyenne. Le Dr T._____ convainc cependant en remarquant que si les symptômes dépressifs avaient soudain été plus manifestes, une augmentation du dosage de l'Efexor, de 75mg tel que prescrit par le

psychiatre traitant depuis 2011, à 150mg, aurait dû suffire à rétablir la situation. Enfin, à l'instar du Dr T. _____, on constatera le rythme espacé des consultations psychiatriques de la recourante, qui n'ont lieu qu'une fois par mois, voire tous les deux à trois mois durant les périodes favorables.

Il découle des constatations qui précèdent qu'il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des constatations du Dr T. _____

c) Au vu de ce qui précède, l'état de santé de la recourante et ses incidences sur sa capacité de travail sont établis à satisfaction jusqu'à la fin août 2013. C'est à juste titre que l'intimé a estimé que l'assurée présentait, sur la part active, une incapacité totale de travail de septembre 2010 à avril 2011, puis qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail dans le courant du mois de mai 2011, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. a) aa) S'agissant de l'évaluation de l'invalidité sur la part active, il sied tout d'abord de constater que, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis l'échéance du délai d'attente, le 17 septembre 2010, jusqu'à la fin avril 2011. On peut donc conclure à une invalidité totale, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA. Dans un tel cas en effet, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (cf. TF 8C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4, 9C_137/2010 du 19 avril 2010). Après pondération en fonction du statut reconnu à l'assurée (cf. consid. 4 supra), l'invalidité sur la part active s'élevé à 50% (100 x 50%).

bb) Par contre, pour la période courant dès mai 2011, dès lors que l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, une comparaison des revenus s'impose. Afin de déterminer si la recourante subit une invalidité, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la

vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). S'agissant du revenu d'invalidé, en l'absence d'activité effectivement exercée par l'assurée dans une activité adaptée raisonnablement exigible, la jurisprudence admet de se reporter à l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (ou de sa révision), soit en l'occurrence 2011, dès lors que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations, intervenu en l'occurrence le 18 août 2010. Il y a lieu de se référer à l'ESS de l'année 2010, et d'en adapter les données en fonction de l'évolution des salaires nominaux intervenue entre 2010 et 2011.

Dans la décision entreprise, se référant au rapport de l'employeur du 2 septembre 2010, l'intimé a retenu que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu réaliser un revenu de 33'854 fr. 43 en travaillant à 50% dans son activité habituelle. Au titre de revenu d'invalidé, se fondant sur l'ESS 2010, l'OAI a pris en considération un montant de 23'727 fr., incluant un abattement de 10% pour tenir compte de la baisse des expectatives salariales induite par les limitations fonctionnelles de l'assurée. Procédant d'office au contrôle de ces chiffres, la Cour de céans obtient des valeurs légèrement différentes de celles retenues par l'intimé (revenu sans invalidité, à 50% : 34'191 fr. 25 ; revenu d'invalidé, à 50% : 24'022 fr. 50). Les variations, vraisemblablement dues au fait que l'OAI n'a pas procédé à l'adaptation des revenus selon l'évolution des salaires nominaux intervenue entre 2010 et 2011 (+ 1% ; cf. ISS, indice suisse des salaires, Office fédéral de la statistique), sont cependant minimales et restent sans incidence sur le

taux d'invalidité prévalant sur la part active, qui est de 30%, soit 15% après pondération en fonction de la part active 50%.

b) S'agissant de la part d'activité ménagère, l'OAI a retenu une invalidité de 21,6%. Les conclusions du rapport d'enquête ménagère s'agissant des empêchements ménagers sont probantes. Elles ne sont au demeurant pas contestées par la recourante. Après pondération selon la quotité de la part ménagère de 50%, il résulte un taux d'invalidité au ménage de 10,8%.

c) Compte tenu de ce qui précède, dès le 17 septembre 2010, échéance du délai d'attente d'un an, la recourante a présenté une invalidité totale (part active et part ménage confondue) de 60,8% ($[100 \times 50\%] + [21,6 \times 50\%]$), ouvrant le droit à trois quarts de rente. Compte tenu du dépôt de sa demande plus de six mois après le début de son incapacité de travail, le droit de l'assurée à la rente ne prend naissance qu'à partir du 1^{er} février 2011 (cf. consid. 3c supra ; art. 29 al. 1 et 3 LAI)

Dès le mois de mai 2011, l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Son préjudice économique se limite à 25,8% ($[30 \times 50\%] + [21,6 \times 50\%]$), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette amélioration ayant duré plus de trois mois sans interruption notable, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, *in casu*, sa suppression, à partir du 1^{er} septembre 2011 (cf. art. 88a al. 1 RAI).

8. Comme développé au consid. 6 a/bb supra, ni l'état de santé de la recourante dès septembre 2013 (implant d'une prothèse totale de la hanche gauche), ni ses conséquences sur sa capacité de travail et de gain, n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA).

Dans le cadre de cette instruction complémentaire, il appartiendra à l'intimé de prendre notamment en considération les suites de l'opération de la hanche gauche le 25 septembre 2013, de même que les documents produits par la recourante en lien avec son séjour à Z._____ du 3 mars au 4 avril 2016, soit antérieurement à la décision litigieuse. On relèvera que dans un certificat du 15 mars 2016, le Dr Y._____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité dépendante (F60.7), trouble anxio-dépressif mixte (F41.2), difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0).

9. Même si ce n'est pas l'objet du litige (cf. consid. 2b supra), il sied de relever que c'est à bon droit que l'intimé a mis fin aux mesures de reclassement et à l'octroi d'indemnités journalières d'attente au 30 septembre 2012. Une première tentative de reclassement professionnel en qualité de secrétaire médicale a échoué à la fin 2011. Sur la base des informations de l'institut de formation, le service de réadaptation de l'AI avait dû constater que l'assurée présentait une trop faible capacité d'apprentissage ainsi que des lacunes trop importantes en informatique et en dactylographie, malgré l'appui spécifique en informatique octroyé en sus de la formation d'assistante médicale. Il a notamment été constaté que l'assurée avait besoin de quinze minutes pour dactylographier cinq lignes. Le 2 décembre 2011, l'intéressée elle-même avait signalé à l'OAI qu'elle pensait ne pas avoir le niveau nécessaire pour suivre cette formation. Le service de réadaptation a estimé que ces obstacles empêcheraient le reclassement dans toute activité de bureau et que dès lors, seules les activités simples et répétitives s'avéraient accessibles. L'intimé a ensuite mis l'assurée au bénéfice d'un nouveau reclassement professionnel, sous forme d'acquisition de compétences en milieu de production, en janvier 2012. C'est ainsi à juste titre que, dans son rapport final du 6 septembre 2012, le service de réadaptation a conclu qu'aucune mesure d'ordre professionnel ne pouvait réduire le préjudice économique, et que les activités accessibles à l'assurée, simples et répétitives, ne nécessitaient pas de formation. Dès lors qu'aucune nouvelle mesure n'était prévue, c'est également de manière convaincante que l'intimé a mis fin aux indemnités

journalières d'attente au 30 septembre 2012. La décision du 3 juin 2013, d'ores et déjà entrée en force, n'est dès lors pas critiquable.

10. **a)** Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. La décision rendue le 15 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en ce qu'elle accorde trois-quarts de rente limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} février 2011 au 31 août 2011. Pour le surplus, la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction avant de statuer à nouveau sur le droit aux prestations pour la période courant dès le 1^{er} septembre 2013.

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, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse. 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. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil, qu'il convient en l'espèce d'arrêter à 2'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 15 avril 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée en ce qu'elle

accorde à R._____ trois-quarts de rente limitée dans le temps, pour la période du 1^{er} février 2011 au 31 août 2011. Elle est annulée pour la période courant dès le 1^{er} septembre 2013, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit aux prestations.

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 une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à R._____.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Fortuna Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :