

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 février 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Durussel et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; art. 44 LPG

E n f a i t :

A. a) T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19 [...], mariée et mère de jumeaux né en [...] 2011, titulaire d'un diplôme d'infirmière et d'un CAS de praticienne formatrice, travaille depuis 2006 comme infirmière dans le service de dermatologie du Centre hospitalier L._____ à 80% et assure également dans ce cadre une activité de praticienne formatrice auprès d'étudiants.

Elle a déposé le 7 décembre 2011 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 souffrir de problèmes dorsolombaires depuis 1989.

Dans le formulaire « Détermination du statut » rempli le 12 décembre 2011, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% depuis janvier 2006 en tant qu'infirmière, pour des raisons financières et personnelles.

L'assurée a repris son poste d'infirmière en dermatologie à 80% au Centre hospitalier L._____ le 16 janvier 2012 à la fin de son congé-maternité.

Dans un rapport du 9 janvier 2012, le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a indiqué suivre l'assurée depuis le 11 octobre 2010 et posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-cruralgie à bascule dans un contexte de status après spondylodèse T4/L2, dysbalances musculaires, défaut de stabilisation du plan musculaire profond paravertébral et discopathie dégénérative lombaire inférieure depuis ses 6 ans. Ce praticien a précisé que l'intéressée avait subi une intervention chirurgicale de spondylodèse à l'âge de 13 ans, non suivie en rééducation et accompagnée de douleurs au niveau cervico-scapulaire, puis, en octobre 2009, de douleurs médio-dorsales et de lombo-cruralgies. Selon le Dr Z._____, le pronostic à

moyen terme était réservé en raison de l'installation de discopathies dégénératives des derniers segments lombaires. Il a attesté une incapacité de travail de 20% au moins dans la profession d'infirmière, précisant que cette activité était encore exigible du point de vue médical à 50% pour autant qu'elle n'implique pas de port de charge et qu'elle autorise l'assurée à s'accorder une activité en alternance de postures.

Dans un rapport du 7 février 2012, le Dr W. _____, du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), se basant sur le rapport précité du Dr Z. _____, a retenu comme atteinte principale à la santé des séquelles de scoliose dorsale droite et status après redressement-arthrodèse T4/L2 le 28 juin 1996, fixé le début de l'incapacité durable de travail au 16 janvier 2012, considéré la capacité de travail exigible à 80% dans toute activité et listé les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité d'alterner les positions assise/debout, de préférence à la guise de l'assurée, éviter les positions en inclinaison forte du tronc, limiter les activités accroupies et à genoux, pas de port de charges de plus de 8kg près du corps. Le Dr W. _____ a également relevé que l'assurée avait repris le travail le 16 janvier 2012 à 80% dans son poste d'infirmière en dermatologie et de formatrice, qu'elle était surtout chargée du traitement des plaies (débridage, bandage), poste où elle pouvait adapter sa position de travail pour respecter ses limitations fonctionnelles. Il convenait toutefois d'admettre une perte de capacité de travail de 20% en raison des séquelles de sa scoliose opérée mais aussi de l'installation progressive de discopathies dégénératives, évolution normale de ce genre d'affection.

Par projet de décision du 10 février 2012, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de rejeter sa demande de prestations, compte tenu de sa capacité résiduelle de travail de 80% dans toute activité.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2012 à l'OAI, la Dresse X. _____, spécialiste en médecine du travail et médecin-chef en médecine du personnel du Centre hospitalier L. _____, a indiqué que les lombocuralgies qui s'étaient intensifiées depuis octobre 2009 avaient entraîné des limitations à la station debout (15-20 minutes), à la station assise

prolongée (notamment pour les trajets automobiles de longue durée), à la marche (environ 1h à 2h), à certaines postures (antéflexion) et à la manutention de charges. Selon cette praticienne, l'assurée parvenait à effectuer l'ensemble des tâches de son poste, avec des adaptations (possibilité d'alterner les positions, d'éviter la manutention lourde, de se faire aider en cas de besoin, etc.). La Dresse X._____ a conclu que l'activité d'infirmière au sein du service de dermatologie était compatible avec l'état de santé actuel de l'assurée et à ses limitations fonctionnelles. Concernant le taux d'activité, l'intéressée était parvenue jusqu'alors à maintenir une capacité de travail de 80% à ce poste, étant précisé que si la situation venait à se détériorer sur le plan médical, cela pourrait entraîner une réduction de la capacité de travail.

Dans le délai qui lui a été octroyé, l'assurée s'est opposée au projet du 10 février 2012 dans une correspondance du 17 avril 2012. Elle a précisé que son activité d'infirmière en dermatologie impliquait, outre le traitement des plaies, d'autres soins (pommadage, aide à la mobilisation, aide pour les activités de la vie quotidienne) requérant des positions avec une inclinaison du tronc, accroupies ou à genoux. Elle a relevé que ses douleurs dorsales s'étaient accentuées pour devenir quotidiennes et qu'elle craignait que maintenir un travail à 80% soit une charge trop lourde. Elle a d'ailleurs précisé que depuis le 7 mars 2012, elle ne travaillait plus qu'à 50%, ce qui lui permettait de se reposer, de mieux gérer ses douleurs et de répartir les tâches domestiques sur la semaine, diminuant ainsi les contractures.

L'assurée a joint à son opposition un rapport du 19 février 2012 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, lequel a posé les diagnostics de lombocruralgies bilatérales chroniques non spécifiques et précisé que sur le plan professionnel l'intéressée pratiquait à 20 à 40% en tant que praticienne-formatrice et qu'elle présentait une intolérance aux postures assises.

Par décision du 31 juillet 2012, l'OAI a confirmé son projet du 10 février 2012 et refusé à l'assurée le droit à des prestations, celle-ci

présentant une capacité de travail de 80% dès le 16 janvier 2012 en raison des séquelles de la scoliose opérée et de l'installation progressive de discopathies, dans son activité habituelle d'infirmière en dermatologie et de formatrice, ainsi que dans toutes ses activités.

Le 17 octobre 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a requis de l'OAI l'annulation de la décision du 31 juillet 2012, au motif qu'à cette date, son incapacité de travail et de gain à 50% ne durait « que » depuis le mois de mars 2012, soit moins que le délai d'une année et requis d'interroger à nouveau le Dr Z. _____ quant à une éventuelle aggravation de la situation à partir de mars 2012.

Le 15 novembre 2012, l'OAI a signifié à l'assurée que sa décision du 31 juillet 2012 ne pouvait être retirée dans la mesure où elle était entrée en force. L'OAI a toutefois précisé que si l'incapacité de travail devait perdurer, il serait prêt à reprendre l'examen d'un éventuel droit à la rente sur demande écrite à l'issue du délai d'attente d'une année - soit en mars 2013 - et pour autant que cette demande rende plausible que l'invalidité de l'intéressée s'était durablement modifiée de manière à influencer ses droits.

b) Le 23 décembre 2013, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI.

Dans un rapport à l'OAI du 2 avril 2014, la Dresse X. _____ a confirmé les diagnostics posés sur le plan somatique, précisant que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif réactionnel. Elle a indiqué que quelques mois après son retour au travail, l'intéressée avait été en incapacité de travail partielle (incapacité à un taux de 50% d'un 100%) en raison d'une aggravation des douleurs rachidiennes et qu'aucune augmentation du taux n'avait ensuite été possible. Elle a indiqué que lors de la dernière consultation de mai 2013, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation pour la station debout prolongée (15-20 minutes maximum), pour la station assise prolongée, en particulier pour les trajets en voiture de longue durée, pour la marche environ 1h à 2h,

pour certaines postures (flexion antérieure) et pour la manutention de charges lourdes.

Par déclaration du 3 avril 2014, l'assurée a confirmé que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'infirmière (cf. Formulaire « détermination du statut »).

Dans un rapport du 13 septembre 2014 à l'OAI, le Dr Z. _____ a écrit ceci :

« **Pronostic : est défavorable**, aussi bien sur le plan fonctionnel que structurel, en cervical et lombaire, rendant une exigibilité professionnelle dans les soins totalement illusoire au-delà de 50%. **La présente exigibilité résulte du fait qu'elle dispose d'une activité encore décrite comme peu contraignante sur le plan des ports de charges, mais devenant malheureusement plus contraignante sur le plan des activités statiques anormalement maintenues.**

[...]

1.6 Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée en tant que :

Profession : Infirmière au Centre hospitalier L. _____

50%

[...]

1.11 Informations supplémentaires, remarques et propositions :

En cas de majoration du handicap, la patiente devrait abandonner les soins hospitaliers pour s'orienter vers une activité d'infirmière scolaire à la rigueur, sans pour autant prétendre disposer d'une rentabilité au-delà de 50 %.

Quelle est la situation actuelle ?

Cf ci-dessus

Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Cf ci-dessus

Quelle est la capacité de travail exigible ?

A Dans une activité habituelle ?

50 %

B Dans une activité adaptée ?

50 %

C Etat de santé ?

Aggravé cf remarques ci-dessus ».

Le 17 février 2015, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique par le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, du SMR, dont le rapport du 31 mars 2015 contient notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - **LOMBOCRURALGIES NON DÉFICITAIRES DANS LE CADRE D'UNE SPONDYLODÈSE D3-L2 DATANT DE 1996 AVEC UNE SCOLIOSE DORSO-LOMBAIRE RÉSIDUELLE ET UNE DISCOPATHIE DÉGÉNÉRATIVE DÉBUTANTE DE D12-L1 À L2-L3 (M54.59)**
 - **OSTÉONÉCROSE DU SEMI-LUNAIRE AU POIGNET G (MALADIE DE KIENBÖCK) (M92.2).**

APPRÉCIATION DU CAS

[...]

L'augmentation des rachialgies correspond à la reprise de l'activité d'infirmière à un taux de 80%. En plus de l'activité d'infirmière, l'assurée prend en charge ses deux enfants nés en 2011 ; elle les habille, prépare des repas, les promène, joue avec eux. Les soins qu'elle procure à ses enfants impliquent des contraintes mécaniques supplémentaires sur son rachis. Il est vraisemblable que le travail d'infirmière à 80% et la prise en charge de ses enfants sont au-delà de ce que peut assumer l'assurée dans le cadre de son atteinte rachidienne. Toutefois, les soins et les nombreuses activités que l'assurée consacre à ses enfants en plus de son activité d'infirmière à 50% démontrent que ce taux de 50% n'est pas actuellement la limite inférieure de l'exigibilité si l'assurée n'avait pas d'enfants en bas âge à prendre en charge.

Le Dr Z._____ indique que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le taux ne dépasse pas 50% (cf rapport du 13.09.2014). Toutefois, l'assurée exerce actuellement deux activités qui ne sont pas optimales pour la colonne lombaire : une activité d'infirmière à 50% et une activité de mère de famille. Ces deux activités représentent un taux supérieur à 50%. Il n'est pas cohérent d'indiquer une capacité de travail dans une activité adaptée inférieure à celle effectuée par l'assurée dans deux activités ne respectant pas ses limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, il y a lieu de maintenir une capacité de travail de 80% dans l'activité d'infirmière si on ne prend pas en compte la charge de travail supplémentaire des enfants.

Concernant le poignet gauche, l'assurée signale l'apparition d'une douleur en mars 2014. Elle dit qu'en octobre 2014, elle a subi un mouvement d'hyper-extension du poignet suite à la réception d'un ballon. Le port d'une attelle de poignet lui permet d'exercer sa profession d'infirmière.

A l'examen clinique, il y a une douleur palpatoire à la partie cubitale du poignet. Les amplitudes articulaires sont diminuées.

Les radiographies, l'arthro-CT et l'arthro-IRM du poignet G du 19.09.2015 montrent une ostéonécrose du semi-lunaire.

L'ostéonécrose du semi-lunaire nécessite une décharge du poignet. Les premiers symptômes remontent à mars 2014. L'état actuel n'est pas stabilisé. L'utilisation de l'attelle est nécessaire. La diminution de la mobilité du poignet et les douleurs gênent l'assurée dans son travail d'infirmière. Une incapacité de travail d'au moins 50 % est actuellement justifiée pour cette atteinte. Cette incapacité de travail peut se modifier rapidement en fonction de l'évolution et des options thérapeutiques. Des renseignements concernant l'évolution devront être pris dans 3 mois auprès du médecin qui prend en charge cette ostéonécrose. A noter que le bilan radiologique du poignet a été adressé au Dr [...], centre de la main au Centre hospitalier L._____.

Limitations fonctionnelles

Rachis : marche au-delà d'une heure, port de charges au-delà de 6 kilos, position debout statique au-delà de 15 minutes, position assise au-delà d'une heure, position en porte-à-faux du rachis, mouvements répétitifs de rotation ou de flexion/extension du rachis, activité au-dessus de la tête, activité en zone basse.

Poignet G : nécessité d'une immobilisation. Pas de port de charge supérieure à 1 kg sous protection de l'attelle, pas de travail de force.

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

Il y a une incapacité de travail de 80% depuis le 16.01.2012 correspondant à la reprise de l'activité d'infirmière à ce taux (cf rapport SMR du Dr W._____ du 07.02.2012).

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

La capacité de travail a diminué à 50% à partir du 22.10.2014, date de la survenue d'une hyper-extension du poignet G ayant décompensé la maladie de Kienböck.

Concernant la capacité de travail, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis dans le cadre de la spondylodèse dorsolombaire et de la discopathie dégénérative lombaire. L'ostéonécrose du semi-lunaire diagnostiquée lors du bilan radiologique du 19.03.2015 n'est pas stabilisée. La capacité de travail en rapport avec cette atteinte peut encore se modifier.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'INFIRMIÈRE : 50 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50 % DEPUIS LE
22.10.2014 ».

Dès le 8 avril 2015, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale en raison de son poignet gauche qui a été opéré en mai 2015 (cf. rapport du 8 mai 2015 du Dr R._____, spécialiste en chirurgie de la main).

Dans son rapport du 17 septembre 2015, le Dr R._____ a indiqué qu'au mois de septembre 2015, l'assurée présentait une petite amélioration des douleurs au poignet lors de prise en force et rotation et qu'elle présentait des douleurs au poignet droit en conduisant.

Dans son rapport du 22 avril 2016, le Dr R._____ a écrit ceci :

« 1. Quelle est l'évolution du poignet gauche depuis votre dernier rapport ?

Le 04.01.2016, à 8 mois postopératoires, la situation du poignet gauche s'améliore pour toutes les manipulations fines (peler des carottes, pronosupination, poser un brassard à pression). Toutefois, les ports de charges sont encore difficiles, provoquant des douleurs, surtout en fin de course de la flexion/extension et aux mouvements brusques.

[...]

2. Quel est le pronostic à moyen terme ?

Le pronostic est évidemment difficile à établir mais les poignets de Kienböck restent en général le maillon faible ostéoarticulaire chez les patients qui en sont atteints. Il est très probable que les douleurs en fin de course articulaire et la diminution de force persistent à long terme. Un scénario défavorable serait un collapsus de carpe avec flexion du scaphoïde et atteinte articulaire diminuant la fonction de ce poignet.

3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

T._____ a repris son activité d'infirmière dans le service de dermatologie dès le 01.07.2015 dans une activité adaptée, sans aucune charge.

4. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Cf. point 3.

5. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical sont un manque d'endurance avec la main gauche pour tout ce qui est prise de force de plus de 10 kg et activités répétées.

6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

Le traitement médical a pris fin le 04.01.2016. La patiente reprendra contact à ma consultation en cas d'aggravation clinique ».

Dans un rapport du SMR du 3 juin 2016, la Dresse J._____ a fixé le début de l'incapacité de travail au 16 janvier 2012, précisant qu'elle avait évolué comme suit : IT à 20% depuis janvier 2012, à 50% du 22 octobre 2014 au 7 avril 2015 et à 100% dès le 8 avril 2015. Elle a en outre indiqué que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était nulle en tant qu'infirmière dans les soins infirmiers habituels et de 80% dans une activité adaptée en tant qu'infirmière en dermatologie dès le 1^{er} juillet 2015. Selon la Dresse J._____, en tenant compte de l'atteinte du rachis avec des troubles dégénératifs dont le caractère évolutif est certain, une atteinte au poignet gauche dont l'évolution vers une arthrose précoce n'est pas exclue, la présence de douleurs résiduelles tant au niveau du rachis que du poignet gauche, la capacité de travail de l'assurée était estimée à 80% comme infirmière en radiologie (activité adaptée), respectant scrupuleusement les limitations fonctionnelles (rachis : marche au-delà d'une heure, position debout statique au-delà de 15 minutes, position assise au-delà d'une heure, position en porte-à-faux du rachis, mouvements répétés de rotation et de flexion/extension du rachis, activité au-dessus de la tête, activité en zone basse ; poignet gauche : aucun port de charge, les activités nécessitant beaucoup de précision, à éviter les mouvements répétitifs de flexion/extension et les mouvements brusques).

Dans un rapport du 15 juin 2016 à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'évolution au niveau du poignet gauche n'était que partiellement favorable, précisant que les problèmes lombaires et la pathologie au poignet gauche occasionnaient une invalidité de 100%. Il a joint à son envoi un rapport du 21 avril 2016 établi par le Dr M._____, spécialiste en chirurgie de la

main, relevant chez l'assurée une limitation de la mobilité mais mentionnant une nette diminution des douleurs. Selon ce praticien, il n'y avait pour l'heure certainement pas de traitement spécifique à proposer et l'assurée avait été avertie que son poignet était une situation à risque qui méritait d'être ménagé de façon permanente.

Le SMR a pris position sur les rapports précités dans un avis du 22 juin 2016. La Dresse J. _____ a retenu que le Dr B. _____ n'apportait pas d'éléments nouveaux compatibles avec un changement et/ou une aggravation de santé de l'assurée depuis l'évaluation rhumatologique du Dr Q. _____ du 31 mars 2015. Elle a également relevé que le Dr M. _____ ne contredisait pas les conclusions du Dr Q. _____, soulignant que la maladie de Kienböck et la force de serrage étaient compatibles avec l'activité d'infirmière en dermatologie, en respectant scrupuleusement les limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 12 octobre 2016, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2015.

Le même jour, l'OAI a procédé au calcul de l'invalidité moyenne, en retenant les périodes d'incapacité suivantes : 1010 jours à 20%, soit du 16 janvier 2012 au 21 octobre 2014, 168 jours à 50% du 22 octobre 2014 au 7 avril 2015 et 84 jours à 100% du 8 avril au 30 juin 2015. Selon ce calcul, l'assurée présentait une invalidité moyenne à 40% entre le 6 mai 2014 et le 6 mai 2015.

Le 20 janvier 2017, l'assurée s'est opposée au projet du 12 octobre 2016, soutenant en substance que sa capacité de travail était encore susceptible d'évoluer. Elle a également contesté la capacité de travail de 80% retenue par le Dr Q. _____ avant le 22 octobre 2014, motif pris que les tâches ménagères ne devaient pas être prises en compte, l'intéressée étant active à plein temps. Il y avait partant lieu de considérer que sa capacité de travail était de 50%, tel que médicalement attesté. Elle a fait valoir qu'une instruction complémentaire en rapport

avec sa capacité de travail dans une activité adaptée s'imposait en raison de la décompensation de la maladie de Kienböck.

Par courrier du 14 février 2017, l'OAI a indiqué à l'assurée que les arguments avancés à l'appui de son opposition n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet de décision, lequel allait être intégralement confirmé dans une décision qui lui serait prochainement notifiée.

Par décision du 16 mai 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2015, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Vous déposez une nouvelle demande en raison d'une péjoration des douleurs rachidiennes.

Selon les renseignements contenus au dossier, vous travaillez en qualité d'infirmière, ainsi qu'en qualité de formatrice au Centre hospitalier L. _____, depuis janvier 2006. Dès janvier 2012, votre taux d'activité est de 80 % en tant qu'infirmière en dermatologie et de formatrice, pour des raisons de santé.

En juillet 2013, vous présentez une incapacité de travail de 50 % pour des lombalgies chroniques.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique rhumatologique est réalisé en février 2015 auprès du Service Médical Régional AI.

Par la suite, de nouveaux renseignements sont recueillis suite à une nouvelle atteinte touche le poignet gauche justifiant une incapacité de travail totale dès le 8 avril 2015.

Ainsi, les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence que la capacité de travail n'est plus exigible dans l'activité d'infirmière dans les soins infirmiers habituels. En revanche, la capacité de travail est à nouveau de 80 %, dès juillet 2015, dans l'activité d'infirmière en dermatologie, laquelle activité est adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : *Rachis* : pas de marche au-delà d'une heure, de position debout statique au-delà de 15 minutes, de position assise au-delà d'une heure, position en porte-à-faux du rachis, des mouvements répétés de rotation et de flexion/extension du rachis ; activité au-dessus de la tête, activité en zone basse.

Poignet gauche : aucun port de charge, les activités nécessitant beaucoup de précision, à éviter les mouvements répétitifs de flexion/extension et les mouvements brusques.

Dès lors, nous avons procédé à un calcul d'invalidité moyenne (168 jours à 20 %, 168 jours à 50 % et 29 jours à 100 %) afin de déterminer à quelle date vous avez présenté un taux d'invalidité moyen à 40 %, ouvrant ainsi votre droit à la rente au plus tôt le 1^{er} mai 2015 ».

B. Par acte du 21 août 2017, T._____, représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2013 et, à titre subsidiaire, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. S'agissant de ses problèmes dorsaux, elle soutient que le rapport du Dr Q._____ n'est pas probant, que le délai d'attente d'une année échoit non pas en 2015 mais en mars 2013 ainsi que l'attestent les Drs Z._____ et X._____. Elle allègue avoir un statut d'active à 100% et que sa capacité de travail est limitée à 50%, ce qui lui ouvrirait le droit à une demi-rente d'invalidité si l'activité d'infirmière en dermatologie devait être considérée comme adaptée. Si tel n'est pas le cas, la recourante soutient qu'il convient de calculer le taux d'invalidité sur la base des salaires statistiques, en appliquant un taux d'abattement de 10% au moins eu égard à son taux d'activité et ses limitations fonctionnelles. La recourante reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir instruit davantage le dossier eu égard à son atteinte au poignet gauche.

Dans sa réponse du 30 octobre 2017, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il allègue en premier lieu avoir toujours considéré la recourante comme active à 100%, contrairement à ce que soutient cette dernière. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'intimé expose qu'il est incohérent d'admettre une capacité de travail de 50% dans son activité d'infirmière en dermatologie - activité qu'il considère comme adaptée - alors qu'en dehors de son emploi, l'intéressée exerce des tâches qui ne respectent pas ses limitations fonctionnelles, concluant qu'il existe une capacité de travail supérieure à 50%. L'intimé fait enfin valoir que le Dr Z._____

atteste une incapacité de travail à hauteur de 50% n'ouvrant pas le droit à une rente entière à laquelle conclut pourtant la recourante.

Répliquant le 23 novembre 2017, la recourante modifie ses conclusions, demandant la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 31 décembre 2014, la cause devant être renvoyée pour le surplus à l'OAI pour instruction complètement et nouvelle décision notamment eu égard à la capacité de travail à partir du 1^{er} janvier 2015 en raison du cumul des incapacités de travail résultant des problèmes rhumatologiques et du poignet, impliquant un droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 septembre 2015. Elle souligne que l'OAI ne prend pas en considération l'aide apportée par son mari, qui ne travaille pas, dans l'exécution des tâches ménagères. Sur le plan médical, elle soutient que son incapacité de travail de 50% doit débuter bien avant le 22 octobre 2014 sur la base des avis des Drs Z. _____ et X. _____.

Dans sa duplique du 4 janvier 2018, l'intimé maintient ses conclusions, soulignant que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision querellée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, est litigieuse la question du droit à la rente de la recourante, singulièrement celle de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une parties 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.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenir dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 29 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

c) 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 consid. 5 ; 130 V 71 consid. 3.2).

d) 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 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 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). 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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

e) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour

l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 première phrase RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lors de l'octroi rétroactif d'une prestation échelonnée, il convient d'appliquer par analogie les dispositions relatives à la révision (TF 9C_226/2011 du 15 juillet 2011 consid. 4.3.1 non publié *in* ATF 137 V 369 et les références citées, en particulier ATF 125 V 413 consid. 2d).

4. a) 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 ; 115 V 133 consid. 2). 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 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de

poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assurances, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de rendre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 29 août 2009 consid. 4.2).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). 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). 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 I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourrait plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 124 V 90 consid. 4b).

6. En l'espèce, l'OAI fonde sa décision sur l'avis des médecins du SMR, soit le Dr Q._____, dont les conclusions ont été reprises par la Dresse J._____. Selon ces praticiens, la recourante présente une capacité de travail nulle dans l'activité d'infirmière dans les soins habituels et de 80% dans une activité adaptée, estimant que l'activité d'infirmière en dermatologie est adaptée si les limitations fonctionnelles au niveau du rachis et du poignet gauche sont respectées scrupuleusement. La recourante lui oppose l'appréciation des Drs Z._____ et X._____ s'agissant de l'aspect lombaire, ainsi que des Drs R._____ et B._____ eu égard à son poignet gauche.

Dans son rapport du 31 mars 2015, le Dr Q._____ retient une capacité de travail de 80% dans l'activité d'infirmière respectant ses limitations fonctionnelles. Ce praticien considère que le taux de 50% auquel la recourante travaille en réalité depuis le mois de mars 2012, date de l'aggravation de ses douleurs dorsales, ne saurait être retenu car l'intéressée s'occupe de ses enfants en bas âge. Selon le Dr Q._____, les soins et les nombreuses activités que la recourante consacre à ses enfants en plus de son activité d'infirmière à 50% démontrerait que ce taux n'est pas la limite inférieure de l'exigibilité, l'assurée pouvant assumer un taux supérieur si elle n'avait pas d'enfants en bas en âge à prendre en charge. Sur ce premier point déjà, les conclusions du Dr Q._____ ne sauraient être suivies. En effet, on ne voit pas pour quelles raisons il conviendrait de prendre en considération la charge de travail que représente des enfants en bas âge alors que l'intimé a formellement admis reconnaître à la recourante un statut de 100% active (cf. réponse de l'OAI du 30 octobre 2017).

En outre, les conclusions des médecins du SMR quant à une capacité de travail de la recourante de 80% sont contredites par les autres praticiens ayant examiné l'assurée. En effet, s'agissant des problèmes dorsolombaires dont souffre l'intéressée, tant les Drs X._____ que Z._____ attestent d'une capacité de travail de 50% dans l'activité d'infirmière dès le mois de mars 2012 (cf. rapports des 23 décembre 2013 de la Dresse X._____ et du 13 septembre 2014 du Dr Z._____).

Quant aux problèmes que la recourante subit en lien avec son poignet gauche et la maladie de Kienböck, il y a lieu de mentionner ce qui suit : si la Dresse J. _____ a bien relevé dans son avis du 3 juin 2016 que cette atteinte au poignet occasionnait encore des douleurs résiduelles et entraînait des limitations fonctionnelles importantes (aucun port de charge, activités nécessitant beaucoup de précisions, mouvements répétitifs de flexion/extension et mouvements brusques), elle ne semble en revanche n'avoir retenu aucune incapacité de travail avec cette atteinte. Or l'évolution de la maladie de Kienböck au niveau du poignet gauche n'a été considérée que partiellement favorable par le Dr B. _____ dans son rapport du 15 juin 2016. Il conviendra ainsi de déterminer la capacité de travail de la recourante s'agissant de ses problèmes au poignet avec plus de précision.

En outre, la décision entreprise est critiquable s'agissant du type d'activité considérée comme adaptée dans le cas de la recourante. On peine en effet à comprendre les raisons pour lesquelles les médecins du SMR opèrent une distinction entre l'activité d'infirmière en dermatologie au Centre hospitalier L. _____ - qui permettrait une capacité de travail de 80% en tant qu'activité adaptée - de celle d'infirmière en soins infirmiers auprès du même établissement, dans le cadre de laquelle la capacité de travail de l'intéressée serait nulle. Les médecins du SMR semblent en effet considérer que l'activité d'infirmière en dermatologie, telle qu'actuellement aménagée par le Centre hospitalier L. _____, constitue une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante que ce soit sur le plan du rachis que du poignet, ce qui est contredit par la recourante.

On ajoutera à des fins informatives que les dispositions légales en vigueur ne prévoient pas le calcul d'un « degré d'invalidité moyen », mais uniquement d'un taux moyen d'incapacité de travail de travail en cas de fluctuations importantes de cette capacité, ce dans le but de déterminer l'échéance du délai de carence d'un an au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. texte de cette disposition qui mentionne une « incapacité

de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année » et non pas une « incapacité de gain »).

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que les constatations de l'ensemble des médecins mettent en doute la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par les médecins du SMR. En l'état, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher la présente cause définitivement sur la base des rapports médicaux figurant au dossier. Il existe en effet des doutes tant sur le taux de capacité de travail résiduelle de la recourante que sur la nature de l'activité considérée comme adaptée. Pour les lever, il appartiendra donc à l'OAI de reprendre l'instruction médicale et de mettre en œuvre, si nécessaire, une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (cf. consid. 5a *supra*).

7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce, dans la mesure où l'ensemble du volet médical du cas n'a pas fait l'objet d'une instruction suffisante.

8. a) Au vu des considérations qui précèdent, le recours sera donc admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

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 (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 16 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 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 T._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour T. _____),
- 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 :