

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...] ([...]), recourante,

et

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

**Art. 6 s., 16, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 29bis, 87
et 88a RAI**

E n f a i t :

A. Ressortissante française, L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Divorcée et mère d'une fille majeure, elle est titulaire d'un diplôme d'Etat d'infirmière. Depuis [...] elle a exercé sa profession en Suisse, à divers taux, auprès d'établissements hospitaliers de [...].

Le 29 novembre 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'un reclassement professionnel, subsidiairement d'une rente, en raison de problèmes de dos. Selon les renseignements recueillis auprès des médecins consultés, l'intéressée présentait des lombalgies chroniques depuis 1993/94 après une chute à ski sans gravité. Elle a suivi un traitement conservateur puis s'est soumise à trois interventions chirurgicales entre 2002 et 2005.

Dans le contexte de l'activité d'infirmière exercée auprès du CMS de [...] depuis août 2004 dans un taux d'activité variant entre 40 et 50 % avec horaires réguliers, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a accordé à l'assurée une mesure de reclassement professionnel, sous la forme d'une certification post grade en intervention communautaire auprès de la [...] ([...]), à [...]. Au terme de sa formation, l'assurée a obtenu, le 15 janvier 2008, un « Certificat postgrade HES-SO Intervention communautaire 2 à visée stratégique ».

Par décision du 8 juin 2010, l'OAI a refusé le droit à la rente à l'assurée en considérant qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail à 70 % dans son activité d'infirmière spécialisée en intervention communautaire. Ses constatations étaient les suivantes :

“Vous avez accompli avec succès la formation en intervention communautaire 2 auprès de la [...] à [...], ce dont nous vous félicitons.

- A l'issue de cette formation, vous pouvez prétendre à un revenu annuel de CHF 59282 à 70% en tant qu'infirmière spécialisée en intervention communautaire (moyenne entre le salaire minimum et maximum classe 19-21, selon l'échelle de barème de salaire des professions soignantes à l'Etat de Vaud).
- En bonne santé, dans votre ancienne activité à 100%, vous pourriez prétendre à un revenu de CHF 78943.- (moyenne entre le salaire minimum et maximum classe 17-19 selon l'échelle de barème de salaire des professions soignantes à l'Etat de Vaud).

Compte tenu de ce qui précède, votre préjudice économique est de 25%.

Nous constatons donc que votre réadaptation professionnelle est achevée et que, de ce fait, vous réalisez un revenu qui exclut le droit à la rente."

Cette décision n'a pas été contestée.

B. Une communication de détection précoce a débouché sur le dépôt, le 29 février 2012, d'une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une recrudescence des lombalgies chroniques.

Après l'octroi par l'OAI de mesures d'intervention précoce qui ont été interrompues par des douleurs au dos, l'assurée s'est vue implanter le 28 décembre 2012 un stimulateur au [...], à [...]. Cet appareillage a eu une efficacité très relative (30 %) sur les lombalgies persistantes.

Le 26 septembre 2014, l'assurée a été victime d'une chute à vélo sur le bord du trottoir, avec une exacerbation des lombalgies puis des douleurs localisées en région inguinale et trochantérienne à droite.

Une expertise médicale de l'assurée a été confiée par l'OAI au Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a établi son rapport le 4 novembre 2014. Sur la base d'un examen clinique et l'étude du dossier médical mis à disposition, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

- ▶ Syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - status post-spondylodèse L5-S1 en 2002
 - status post-reprise d'une pseudarthrose par greffe et vis pédonculaire en 2003
 - status post-ablation de l'implant inter-somatique et mise en place d'une cage et d'un fixateur interne en 2005
 - status post pose d'un stimulateur en 2012.

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

- Status post-appendicectomie en 1969
- Status post-apponévrotomie plantaire pour éperon calcanéen en 1979
- Status post-méniscectomie interne du genou G en 1992
- Status post-entorse du genou D [droit] avec lésion du LLI [ligament latéral interne] et LCA [ligament croisé antérieur] en 1997
- Status post-fracture de la base du métacarpien G [gauche] et entorse de la cheville G avec plastie et suture du LLE [ligament bilatéral externe] en 1994
- Cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire
 - absence de discopathie significative
- Omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie"

En guise de conclusions, le Dr Q. _____ a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans l'ancienne activité d'infirmière. Depuis janvier 2012, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée comme l'emploi d'infirmière en laboratoire occupé depuis le mois d'août 2014. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de huit kilos de manière répétée.

Après sa chute à vélo du 26 septembre 2014, l'assurée s'est soumise, le 9 octobre 2015, à une arthroscopie de la hanche droite pour souris intra-articulaire avec refixation du labrum (pratiquée par le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur).

La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a mis en œuvre une expertise médicale bidisciplinaire (orthopédique et neurologique) de l'assurée. Dans son rapport du 21 septembre 2017, le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, n'a pas retenu de diagnostic neurologique. A son avis, l'intéressée présentait des

lombalgies de longue date dans le cadre de troubles dégénératifs et également d'un status après mise en place d'une cage en L5-S1. Il n'y avait toutefois aucune compression radiculaire documentée par des éléments cliniques, électro-physiologiques et radiologiques. Aussi, pour le Dr R._____, l'accident de la fin septembre 2014 avait-t-il tout au plus occasionné une contusion lombaire qui avait péjoré temporairement les lombalgies, avec un retour au *statu quo sine* à une année de l'événement. Dans son rapport du 28 septembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté que l'accident avait entraîné une contusion simple de l'épaule droite, du rachis et de la hanche droite de l'assurée. En présence d'une aggravation temporaire de la symptomatologie douloureuse, ce médecin a confirmé, au vu des lésions structurales objectivées, le *statu quo sine* à un an de l'accident, la symptomatologie douloureuse persistante étant en « relation de causalité exclusive » avec des pathologies dégénératives antérieures à l'événement du 26 septembre 2014.

Le 9 mars 2018, la Dre T._____, du SMR, a estimé qu'en l'absence de toute symptomatologie psychique particulière (comorbidité psychiatrique) depuis 2014, il n'existait aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions « détaillées et convaincantes » des deux expertises (orthopédique et neurologique) précitées.

Dans un rapport du 9 juin 2018, le Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, a indiqué qu'une prothèse totale de la hanche droite (PTH) avait dû être posée le 19 janvier 2018 ; il n'a toutefois pas évalué la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, ni mentionné de limitations fonctionnelles.

Dans un rapport du 3 juillet 2018, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué une arthroplastie totale de la hanche droite en janvier 2018 avec une rééducation rendue difficile par des douleurs persistantes. L'assurée était encouragée à poursuivre une rééducation de rééquilibrage musculaire, notamment au niveau du bassin. Ce médecin n'a pas pris

position sur la capacité de travail dans une activité adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles.

Par avis du 24 juillet 2018, la Dre T._____, du SMR, a estimé que l'opération du 19 janvier 2018 pouvait justifier une incapacité de travail de l'assurée jusqu'à six mois après la pose de la prothèse.

Un avis SMR du 11 septembre 2018 a fait le point de la situation comme suit :

"[...] Voici nos compléments d'observations et les réponses à vos questions :

1.- maladie : atteinte du rachis lombaire : CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] 50 % et CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] à 70% (Dr [...], le 20.02.2008) - lombalgies chroniques depuis 1993/94 suite à une chute à ski ; 2002, spondylodèse L5-S1 ; 2003, reprise chirurgicale pour pseudoarthrose et mise en place d'une cage intersomatique avec auto greffe et vissage transpédiculaire ; 2005, ablation du matériel (AMO), mais douleurs résiduelles persistantes ;
-1^{er} stimulateur médullaire, en décembre 2012 (60% efficacité sur les douleurs jambe G ; 30% pour le dos) ;
-2^{ème} électrode en « [jan]vier 2013 • pas d'amélioration significative ; batterie implantée le 01.03.13.

Les lombalgies fluctuantes chroniques présentées par l'assurée, ont une origine neuropathique et une autre, musculo-squelettique ; le stimulateur fonctionne seulement sur les douleurs neuropathiques.

L'expert Dr Q._____ (expertise du 04.11.14) évoque une CTAA à 100% dès janvier 2013 (un mois après 1' stimulateur) ; toutefois, vu les antécédents chargés et les interventions lombaires depuis l'âge de 36 ans, vu que le stimulateur réagit sur les douleurs neuropathiques, nous estimons sa CTAA toujours à 70%, avant et après la mise en place du stimulateur médullaire et ceci depuis au moins 2008.

2.- accident du 26.09.14, chute à vélo : exacerbations des lombalgies en le' lieu, puis des douleurs localisées en région inguinale et trochantérienne D ; le status quo sine est fixé à une année après l'accident (SUVA, expertise orthopédique et neurologique, le 09.05.17 et 21.09.17) ; ITAH/AA à 100% dès le 26.09.14 au 30.09.15 ; dès le 01.10.15, CTAA à 70% (conf. Point 1, pour raison médicale) ; pas de comorbidité psychiatrique signalée.

3.- maladie : atteinte hanche D ; Dr C._____, Chirurgie orthopédique, atteste une IT à 100% du 19.01.18 au 10.05.18 (dossier perte de gain, GED, le 07.06.18) pour radiculalgies lombaires D et s/p PTH D.

Rappel : arthroplastie totale de la hanche droite, le 19.01.2018 (Dr C. _____) ; en raison des douleurs persistantes et résiduelles un 2^{ème} avis orthopédique est demandé auprès du Dr Z. _____ (Hôpital de [...]) et une nouvelle intervention orthopédique prévue le 23.08.18 à l'Hôpital de [...] (lettre assurée datée du 10.08.18).

Sur le plan purement orthopédique, selon les documents à disposition, la situation médicale n'est pas stabilisée, une période de rééducation étant nécessaire après une telle intervention (du 23.08.18).

Dans ce contexte, nous remercions le gestionnaire d'interroger [le] Dr Z. _____ au mois de décembre 2018 et prions notre confrère de préciser les limitations fonctionnelles orthopédiques et ses positions sur la capacité de travail comme infirmière de laboratoire (AH), dans une activité adaptée (AA) respectant les LF et depuis quand. Au final, l'assurée est en IT à 100% depuis janvier 2018.

En fonction des réponses du Dr Z. _____, nous déciderons de la suite à donner à l'instruction du dossier."

Dans un rapport du 8 novembre 2018 à l'OAI, la Dre G. _____, spécialiste en neurochirurgie, a attesté une recrudescence des lombalgies connues, avec la précision qu'« une fois les problèmes de hanches réglés, l'assuré[e] pourra reprendre son mode de reconditionnement dorso-lombaire et à ce moment à réévaluer la CT [capacité de travail] probablement au-delà de 50% ». Les limitations fonctionnelles temporaires étaient : alternance des positions assise / debout, pas d'efforts physiques, pas de port de charges de plus de quinze kilos, et pas de position accroupie / à genoux. Pour le surplus, la Dre G. _____ renvoyait auprès du médecin traitant de l'assurée.

Le 20 décembre 2018, le Dr Z. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a répondu comme suit aux questions adressées par l'OAI dans l'intervalle :

"Quelles sont les limitations fonctionnelles orthopédiques actuelles ?

1. Madame L. _____ présente des douleurs chroniques, neuropathiques et mécaniques qui nécessitent l'utilisation de 2 cannes en permanence avec une forte limitation du périmètre de marche. Toute activité nécessitant la marche prolongée, la conduite automobile est actuellement impossible.

Quelle est sa capacité de travail comme infirmière de laboratoire ?

2. Compte tenu des douleurs importantes, la station assise prolongée et la marche répétée nécessaire à l'exercice de son activité me semble[nt] compromise[s].

Quelle est sa capacité de travail dans une activité respectant parfaitement les limitations fonctionnelles précitées ? Et depuis quelle date ?

3. La situation est actuellement très compliquée cette patiente aux lourds antécédents de chirurgie rachidienne e[s]t opérée de la hanche à trois reprises dans un délai court. Un bilan d'imagerie, un bilan biologique ont été effectués et aucune nouvelle chirurgie n'est envisagée pour le moment. La patiente a été orientée vers une consultation d'antalgie afin d'optimiser la prise en charge de ses douleurs chroniques.

Remarques : une reprise du travail ne me semble pas envisageable pour le moment. Nous pouvons espérer une amélioration dans les suites de la consultation d'antalgie mais pour le moment je ne la vois pas retourner à son exercice professionnel."

A sa demande, l'assurée a été invitée à un entretien du 21 mars 2019 dans les locaux de l'OAI, à [...]. En l'absence de remise de nouvelles pièces médicales, les explications suivantes ont été échangées avec les intervenants en charge du cas à l'OAI (procès-verbal d'entretien du 21 mars 2019) :

"En réponse à l'assurée qui se plaint qu'elle n'ait pas continué à être suivie en réadaptation, [...] indique que nous proposons la réadaptation lorsque la personne est apte à la faire, ce qui n'est pas le cas actuellement de l'assurée. Elle demande déjà maintenant car elle souhaite « gagner du temps ».

Madame trouve regrettable qu'elle n'ait pas pu rencontrer quelqu'un de l'AI [assurance-invalidité] et pense que c'est important pour le suivi du dossier. [...] précise que le dossier est de toute façon suivi, même si elle n'a vu Mme [...] que 2 fois. La formation en santé publique ne lui a pas permis d'obtenir le diplôme, en raison des accords de Bologne (20 crédits seulement) donc pas grand-chose à la fin de cette formation car n'a pas eu les 30 crédits nécessaires et n'a donc pas pu obtenir le diplôme prévu (à vérifier). [...] reprecise qu'il y a des choses qui se sont faites en réadaptation, l'assurée trouve que ce n'est pas grand-chose. Il précise encore que pour la réadaptation il faut être en état de suivre les mesures.

Madame [...] résume que l'assurée nous dit qu'elle ne s'estime pas reclassée comme nous l'indiquions en 2010. [...] précise que pour nous la formation aurait dû donner un taux d'activité de 70% dans l'activité adaptée.

Lors de son licenciement a vu [...] et un coordinateur emploi mais qui n'a mené à rien. A essayé 2 postes différents (laboratoire mais 2 mois trop pénibles même à 50% et l'adaptation du poste de travail, nouvel accident à la hanche (26.09.2014) et nouvelle opération du dos, est partie habiter en France où elle a essayé un emploi dans un laboratoire à [...] mais à nouveau 2 mois car il fallait « courir dans

tous les sens ». Elle aimerait continuer son métier mais ne peut pas en raison de ses soucis de santé. 3 postes où elle a été licenciée et les remarques des employeurs qu'elle ne peut plus faire ce métier sont pénibles à supporter.

A repris au CMS de [...] à 50% dès septembre 2016, mais son médecin n'était pas en accord. Beaucoup de déplacements en voiture, en montagne et chemins peu praticables. On explique que le marché du travail est équilibré mais elle indique qu'il y a la théorie et la pratique qui ne sont pas pareilles. Elle a cherché des postes adaptés mais partout ils n'ont pas voulu la prendre en raison de ses problèmes de dos. Donc elle ne trouve pas de poste d'infirmière adapté malgré ses recherches.

Même si nous comprenons la différence entre la théorique et la pratique, nous ne sommes pas responsables du marché du travail, nous devons appliquer le cadre juridique.

Elle émet des doutes sur l'expertise du Dr Q._____, indique qu'elle n'a pas été entendue. Aurait demandé une contre-expertise mais n'a jamais eu de réponse de notre part. L'expertise a été envoyée au représentant de l'époque. Remet en doute la capacité de travail de 70% que nous lui reconnaissons. [...] explique qu'elle a été convoquée en 2017 pour venir au SMR mais ne s'est jamais présentée. Elle demande des copies des convocations du SMR car elle ne les a jamais reçues. Dès lors, on a appris qu'une expertise SUVA avait été faite et nous avons pris en compte.

Elle conteste la période d'incapacité de travail 26.09.2014 - 30.09.2015 car en septembre 2014, accident de la hanche et le 09.10.2015 opération de la hanche. Incapacité de travail jusqu'en août 2016 où elle a repris le poste à [...] à 50 % en septembre. D'où incapacité de travail plus longue que celle que nous avons retenu. Licenciée parce qu'elle avait un dossier à l'AI mais dans les fait[s], le 50% de ce poste était plutôt un 60 ou 70%.

En réponse à la question de Mme [...], Madame estime qu'un 50% réel, elle pourra le tenir sur la durée mais en précisant que c'est difficile dans ce domaine car elle doit faire des pauses ou s'arrêter durant une heure. Ne peut pas rester assise toute la journée, elle doit s'allonger pour récupérer. Difficile à gérer car tous les derniers employeurs ne pouvaient pas comprendre les pauses nécessaires, médicalement attestées par le Dr S._____, donc recevait des remarques de ses collègues et supérieurs. Elle essaie de faire le maximum mais l'effet psychologique est très pénible. Depuis 4 ans, elle doit utiliser de la morphine et ne peut donc pas conduire et traiter des patients dans cet état.

C'est difficile pour nous au vu des nombreux médecins et des changements. Ils ne peuvent souvent pas répondre à nos questionnaires vu que le nouveau médecin n'a vu qu'une fois l'assurée. Nous interrogeons d'office les médecins que l'assurée nous communique, mais elle semble indiquer qu'il y a des erreurs dans certains rapports.

[...]

Vu que la contestation concerne la période passée, nous devons faire sur les avis des médecins de l'époque."

Par projet de décision du 3 juillet 2019 - qui annule et remplace un précédent projet du 8 octobre 2018 -, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui allouer un quart de rente depuis le 1^{er}

décembre 2014, puis une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016, puis à nouveau un quart de rente dès le 1^{er} avril 2018, et enfin une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2018. Ses constatations étaient les suivantes :

“A l’issue des mesures de reclassement professionnel accordées jusqu’en janvier 2008, une capacité de travail de 70 % a été reconnue comme parfaitement exigible sur le plan médico-théorique, en exerçant une activité adaptée à votre état de santé sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

En comparant le revenu réalisé dans une activité adaptée, avec celui obtenu si vous n’étiez pas invalide, votre préjudice économique est de 25 % (taux d’invalidité).

Inférieur à 40 %, ce taux d’invalidité n’ouvre pas de droit à une rente AI, ce que notre décision de refus du 08.06.2010, passée en force, a confirmé.

Depuis le 26.09.2014, vous avez présenté une aggravation de votre état de santé et, de ce fait, une totale incapacité de travail est reconnue dans toute activité professionnelle.

Fort des éléments médicaux en notre possession, dont les conclusions obtenues à l’issue d’expertises médicales ordonnées tant par notre Office AI que par la SUVA, nous avons constaté que vous étiez en incapacité totale de travail et de gain dans toute activité durant la période du 26.09.2014 au 31.08.2016, puis sans interruption depuis le 19.01.2018.

Etant donné qu’en raison de cette aggravation de votre état de santé, vous présentez un degré d’invalidité de 100%, le taux d’invalidité précédemment mentionné de 25 % nous permet de calculer une invalidité moyenne sur 12 mois (nouveau délai d’attente d’un an).

Ainsi, nous arrivons à un degré d’invalidité de 40 % en moyenne sur une année le 07.12.2014. Il s’agit du début du droit à la rente (292 jours à 25 % et 73 jours à 100 %).

Compte tenu des mêmes dispositions légales, vous avez présenté à nouveau un degré d’invalidité de 40 % en moyenne durant une année, le 01.04.2018 (292 jours à 25 % jusqu’au 18.01.2018 et 73 jours à 100 % depuis).

Le changement de rente (passage à 100 % d’invalidité) est effectif dès que l’incapacité de travail a duré trois mois sans interruption notable, selon l’article 88 a, al. 2 du règlement sur l’assurance[-]invalidité (RAI), soit :

Dès le 01.03.2015 et jusqu'au 30.11.2016 (fin des trois mois d'amélioration sans interruption notable (article 88a, al. 1 du RAI) et depuis le 01.07.2018.

Le montant exact de la rente AI est fixé par la caisse de compensation. Le calcul sera effectué au plus tôt au terme de la procédure de préavis. Le montant vous sera communiqué dans la décision définitive."

Les 24 juillet, 9 et 20 août 2019, l'assurée a fait part de sa contestation envers ce projet de décision. Elle estimait ne pas bénéficier d'une capacité résiduelle de travail de 70 % pour la période courant avant le 1^{er} décembre 2014. Elle a également contesté la valeur probante du rapport d'expertise rhumatologique du Dr Q. _____ en demandant une contre-expertise. Enfin, elle a demandé à l'OAI d'interpeller le Dr B.H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en lien avec une nouvelle opération prévue le 31 mai 2019.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a enregistré au dossier des rapports des 15 et 23 avril 2019 ainsi que du 22 juillet 2019 du Dr B.H. _____ relatifs à l'intervention du 31 mai 2019 (à savoir, un cerclage haubanage du fémur droit).

Par décision du 16 décembre 2019, l'OAI a reconnu le droit à un quart de rente depuis le 1^{er} décembre 2014, puis à une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016, puis de nouveau à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2018, et enfin à une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2018. Aux termes d'un courrier d'accompagnement daté du 10 décembre 2019, faisant partie intégrante de sa décision, il estimait que son projet du 3 juillet 2019 reposait sur une instruction complète du cas sur le plan médical et économique, et qu'il était conforme en tous points aux dispositions légales.

C. L. _____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 29 janvier 2020 (timbre postal) en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui est allouée dès le 1^{er} décembre 2014. Elle a reproché à l'office intimé d'avoir

mal instruit son cas sur le plan médical, alléguant présenter une capacité de travail à 50 % sur la période courant de 2007 jusqu'au mois de janvier 2018. La recourante a produit les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 11 mars 2020 du Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, dont on extrait ce qui suit :

“Madame,

Vous m'avez demandé de me positionner par rapport à l'expertise médicale réalisée par le Docteur Q._____, rhumatologue, le 4 novembre 2014.

Dans l'appréciation de votre cas mon confrère déclare que dans votre activité d'aide infirmière dans un CMS, votre capacité de travail est estimée à 50%. Activité exercée jusqu'en 2012.

Dans l'activité d'infirmière dans un laboratoire exercée en 2014, permettant d'alterner les positions assise et debout, d'éviter les ports de charge et les positions en porte-à-faux, votre capacité est reconnue comme entière sans diminution de rendement puisque c'est une activité adaptée.

Il déclare que son appréciation se différencie de mon appréciation et de celle du Professeur K._____. Il note une discordance entre vos plaintes, l'ampleur de la symptomatologie décrite et son examen clinique dans lequel il ne retrouve pas d'amyotrophie musculaire, pas de trouble sensitivomoteur. Il estime encore qu'en janvier 2012 [recte : 2013], soit un mois après la pose d'un stimulateur, une reprise d'une activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée.

En 2014, vous me déclarez que vos douleurs vous autorisaient une station assise de l'ordre de 30 minutes et une station debout de l'ordre de 30 minutes également, marche possible plus d'une heure avec pause.

Vous prenez alors du Tramal ® 50 mg et du Sirdalud ®, puis du Transtec ® et du Temgesic ® et du Voltaren ® retard.

Le travail comme infirmière A._____ était à 50%, mais vous deviez faire des pauses supplémentaires durant vos heures de travail pour récupérer.

Le 26 septembre 2014, vous avez été victime d'un accident de vélo avec chute sur le bord du trottoir décompensant les douleurs au niveau du dos, de l'épaule D [droite] et des membres inférieurs.

Par suite tant les douleurs au niveau de l'épaule (post-traumatique), mais aussi au niveau lombaire et de la hanche droite ont persisté, motivant la suite d'application de patch de Transtec ® et la prise d'anti-inflammatoires.

Les infiltrations réalisées au niveau lombaire, puis l'arthroscopie de la hanche droite en octobre 2015 n'ont pas permis d'améliorer la situation de façon convenable, je vous ai suivi régulièrement jusqu'au mois d'avril 2016.

Vous m'avez relaté que le 19 janvier 2018, vous avez été opérée pour une prothèse totale de la hanche droite par le Docteur C._____ avec un changement de prothèse le 23 août 2018 occasionnant une fracture du fémur et un cerclage haubanage du fémur droit, le 30 [recte : 31] mai 2019. Ablation de ce matériel le 10 janvier 2020.

Pour ma part, depuis 2014, j'estime votre capacité de travail à 50% au maximum, dans un poste approprié, sans position en porte-à-faux, avec alternance des positions assis et debout et sans port de charges >5 kg de façon répétitive.

Malgré les différentes interventions et autres gestes thérapeutiques envisagés depuis lors, la situation n'a pas semblé s'améliorer, bien au contraire.

Au vu de notre dernière entrevue et des éléments relatés ci-dessus, je pense que le Docteur Q._____ devrait réviser son jugement ou qu'une nouvelle expertise devrait être réalisée afin de clarifier la situation." ;

- un certificat établi le 15 juin 2020 par le Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie, libellé comme suit :

"Nous connaissons cette patiente depuis l'automne 2002 suite à une chirurgie qu'elle avait subie ailleurs consistant en une décompression et fixation non instrumentée L5-S1. Elle présentait alors une pseudarthrose et a dû être réopérée par voie combinée antérieure et postérieure en 2003. L'évolution a permis une reprise du travail à 50% dès le 1^{er} juillet 2003 avec une augmentation à partir du 8 août 2003 à un taux variant entre 60 % et 70 % selon les besoins de la clinique [...] où elle travaillait comme infirmière. Le 10/11/2003, nous la revoyions en contrôle alors qu'elle travaillait à 70%. La situation à ce moment-là était à peine tenable, à tel point que la montée en puissance prévue n'a pas pu se faire. Finalement la situation s'est plutôt dégradée et le 07/10/2005, en consultation de contrôle, on constate un descellement de la tige gauche avec une bonne fusion telle que documentée par la scintigraphie ce qui conduira le 15/12/2005 à l'ablation du fixateur interne.

Finalement, l'évolution n'a pas été aussi favorable qu'on aurait pu espérer. La patiente sera vue le 09/05/2006 par un orthopédiste, le Dr W._____, qui évoque le diagnostic d'une « coxa salpinx ». En raison de la persistance des douleurs au fil des années, la patiente subira une première opération de la hanche en 2015 au niveau du labrum puis une deuxième en janvier 2018 sous forme d'une PTH (Docteur C._____) et enfin une troisième intervention en août 2018 pour un changement de prothèse par le Dr Z._____. Malheureusement, tout ceci n'a pas donné le résultat attendu et la patiente sera finalement réopérée au niveau de la hanche à [...] par le Professeur A.H._____, le 30 [recte : 31] mai 2019. En parallèle, au cours de toutes ces années où nous l'avons suivie, la patiente a constamment cherché une activité comme infirmière

dans un poste adapté. Elle a travaillé entre autre comme infirmière à domicile à [...], comme infirmière à domicile dans le secteur de [...], comme infirmière chez A. _____ et finalement comme infirmière au CMS de [...]. Les aménagements convenus n'ont cependant jamais pu être totalement respectés et la patiente n'a jamais pu travailler à plus de 50%. Actuellement, la situation reste difficile.

Une I.R.M réalisée le 31/05/2018 montre une surcharge zigoapophysaire L4-L5, donc au niveau du segment adjacent à celui arthrodésé. Une infiltration a été réalisée à ce niveau le 18/03/2019 mais sans franche amélioration.

Actuellement, la patiente présente une décompensation au niveau de ses douleurs lombaires, douleurs qui n'avaient jamais complètement disparu et qui se sont accentuées au fil des ans laissant apparaître la surcharge au niveau L4-L5. Sa capacité de travail n'a jamais pu être augmentée à plus de 50% depuis 2008. Elle se réduit encore suite au problème de hanche pour lequel elle a subi quatre interventions entraînant des périodes de boiteries et de recours à des cannes pour la marche.

Aujourd'hui, la patiente a beaucoup de peine à marcher 20 minutes, à maintenir les postures qu'elles soient assises ou debout et la capacité future reste pour le moins compromise."

A titre de mesure d'instruction, la recourante a sollicité la mise en œuvre par le tribunal d'une « expertise médicale indépendante » attestant de son incapacité de travail. Le 8 février 2020, après qu'une demande d'avance de frais lui a été réclamée pour la présente procédure, elle a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, selon le formulaire complété le 9 mai 2020.

Dans sa réponse du 30 juin 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Se référant à ses courriers explicatifs, il a estimé que les critiques de la recourante n'étaient pas de nature à modifier sa position et qu'une expertise ne se justifiait pas.

Le 26 juillet 2020, maintenant ses précédentes conclusions, la recourante a sollicité son audition personnelle par le tribunal à titre de mesures d'instruction.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à une rente entière dès le 1^{er} décembre 2014, en particulier sur la capacité de travail de la recourante.

Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, déposée le 29 février 2012.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, 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.

d) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) Par décision du 8 juin 2010 l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité, au motif qu'au terme de sa réadaptation la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, à savoir infirmière spécialisée en intervention communautaire, ce qui, après comparaison des revenus exigibles, fondait une invalidité de 25 % excluant le droit à la rente.

Dans le cadre de la nouvelle demande du 29 février 2012, l'OAI a, par décision du 16 décembre 2019, reconnu le droit à un quart de rente depuis le 1^{er} décembre 2014, puis à une rente entière du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016, puis de nouveau à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2018, et enfin à une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2018.

De son côté, la recourante conteste la capacité de travail résiduelle sur la période courant de 2007 jusqu'au mois de janvier 2018 prise en compte par l'intimé. Elle oppose les rapports de ses médecins (Drs S. _____ et N. _____) sur la question, prétendant en l'occurrence au versement d'une rente entière depuis le 1^{er} décembre 2014.

b) aa) Il convient de relever tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de revoir la période antérieure à la première décision qui est réglée définitivement. En effet, le droit à la rente pour cette période a été refusé par la décision, entrée en force, rendue le 8 juin 2010 par l'office intimé au terme d'un examen matériel. Ainsi, au terme de son reclassement professionnel accompli avec succès en 2008, la recourante a présenté une

capacité de travail de 70% en tant qu'infirmière spécialisée en intervention communautaire, avec un revenu qui exclut le droit à la rente compte tenu d'un degré d'invalidité de 25 %.

bb) Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 29 février 2012, les constatations de l'office intimé sur lesquelles il s'est basé pour rendre sa décision résultent notamment des rapports SMR, des expertises, des rapports médicaux des médecins traitants et de l'audition de la recourante.

Dans le courant 2014, l'OAI a confié une expertise de l'assurée au Dr Q._____. Dans son rapport du 4 novembre 2014, ce médecin a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Sans effet sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un status post-appendicectomie (en 1969), un status post-apponévrotomie plantaire pour éperon calcanéen (en 1979), un status post-méniscectomie interne du genou gauche (en 1992), un status post-entorse du genou droit avec lésion du ligament latéral interne et ligament croisé antérieur (en 1997), un status post-fracture de la base du métacarpien gauche et entorse de la cheville gauche avec plastie et suture du ligament bilatéral externe (en 1994), des cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie. Pour le Dr Q._____, si l'assurée était incapable de travailler à plus de 50 % dans son ancienne activité d'infirmière, sa capacité de travail était toutefois entière, depuis janvier 2012, dans une activité adaptée comme celle d'infirmière en laboratoire qu'elle effectuait depuis août 2014. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de huit kilos de manière répétée. L'expert a justifié ses diagnostics et l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier le cas, sur le plan somatique (rhumatologique), il a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise du 4 novembre 2014 pp. 12 - 13) :

“Nous sommes confrontés à une assurée de 48 ans, d’origine française, détentrice d’un permis C, divorcée, mère d’une fille âgée de 17 ans, ayant une formation d’infirmière, ayant travaillé depuis 1990 dans cette branche jusqu’en 2012, puis de chômage. Depuis août 2014, elle travaille comme infirmière en laboratoire à 50%.

Du point de vue médical, elle est connue pour les ATCD [antécédents] décrits au point 4.2. Elle signale depuis 2000 des douleurs lombaires basses pour lesquelles elle subit 3 prises en charge chirurgicales décrites ci-dessus avec finalement en 2012 en raison de la persistance de douleurs lombaires basses la pose d’un stimulateur qui aux dires de l’assurée, n’aurait pas amélioré la symptomatologie douloureuse lombaire mais uniquement les douleurs du MI G [membre inférieur gauche].

Au status, on met évidence un syndrome lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, il n’y a pas d’hypoextensibilité musculaire, on note une hyposensibilité de tout le MI G ne correspondant pas à de dermatome, la manœuvre des jambes tendues peut être portée à 90° ddc [des deux côtés]. A noter qu’il n’y a pas de signe parlant en faveur d’une atteinte inflammatoire, il n’y a pas de signe de ténosynovite, l’examen des épaules est rassurant, il n’y a pas de signe de conflit ou de tendinopathie, l’examen des mains met en évidence une légère douleur à la palpation des MCP [métacarpiens] à D [droite], cependant sans signe de synovite ou de ténosynovite. Finalement, il n’y a pas de signe parlant en faveur d’une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il n’y a pas de douleur insertionnelle.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué jusqu’à ce jour est rassurant, le statut postopératoire est rassurant, il n’y a pas de signe de décèlement, il n’y a pas de discopathie subjacente, les articulations coxo-fémorales, le stimulateur est en place. L’ultrasonographie des genoux et des épaules est dans les normes, il n’y a pas de signe de tendinopathie, de rupture, même partielle, ni de collection intra-articulaire ou au niveau de la bourse.

Du point de vue thérapeutique, l’assurée devrait bénéficier de la poursuite d’une prise en charge physiothérapeutique à sec et en piscine dans le but d’éviter une ankylose articulaire. Des exercices de proprioception paraissent être indiqués. La poursuite de la médication antalgique mineure voire majeure est également de mise. L’utilisation d’une ceinture lombaire lors des longs trajets ou les positions immobiles pourraient également être proposée.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité actuelle d’aide infirmière dans un CMS, activité qu’elle a effectuée jusqu’en 2012, estimant qu’elle devait effectuer des mouvements en porte-à-faux avec transfert et port de charge, sa capacité de travail est estimée à 50%. Dans son activité qu’elle vient d’effectuer comme infirmière dans un laboratoire, cette activité lui permettant d’alterner les positions et d’éviter les ports de charges en porte-à-faux, sa capacité de travail est entière.

Cette appréciation se différencie de celle des Docteurs S._____ et K._____. En effet, l’assurée ne présente pas d’amyotrophie, il n’y a pas de trouble sensitivomoteur, l’hyposensibilité du MI G ne

correspond pas à de dermatome, il n'y a pas de signe de décèlement, le status postopératoire est calme, et est rassurant. L'assurée s'habille, se déshabille et effectue ses activités de la vie quotidienne et ménagère avec pratique de vélo. Dès lors, on note une discordance entre les plaintes de l'assurée, l'ampleur de la symptomatologie décrite dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelles et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour."

En lien avec la prise en charge par la CNA de l'accident de vélo du 26 septembre 2014, l'OAI s'est notamment vu communiquer deux rapports d'une expertise bidisciplinaire (orthopédique et neurologique). Dans celui du 21 septembre 2017, le Dr R. _____ n'a pas retenu de diagnostic neurologique. Dans le contexte de lombalgies de longue date, dans le cadre de troubles dégénératifs et également d'un status après mise en place d'une cage en L5-S1, ce médecin a noté l'absence de compression radiculaire documentée par des éléments cliniques, électrophysiologiques et radiologiques. De l'avis du Dr R. _____, l'accident avait tout au plus occasionné une contusion lombaire qui avait péjoré temporairement les lombalgies, avec un *statu quo sine* fixé à une année de l'événement. Aux termes de son rapport du 28 septembre 2017, constatant que l'accident avait entraîné une contusion simple de l'épaule droite, du rachis et de la hanche droite de l'assurée et en présence d'une aggravation temporaire de la symptomatologie douloureuse, le Dr P. _____ a, pour sa part, confirmé au vu des lésions structurales objectivées, le *statu quo sine* à un an de l'accident, la symptomatologie douloureuse persistante étant en « relation de causalité exclusive » avec des pathologies dégénératives antérieures à l'événement du 26 septembre 2014.

L'OAI a requis le point de vue du SMR selon lequel, en l'absence de toute symptomatologie psychique particulière (comorbidité psychiatrique) depuis 2014, il n'existait aucun motif justifiant de s'écarter des conclusions « détaillées et convaincantes » des deux expertises (orthopédique et neurologique) précitées (avis du 9 mars 2018 de la Dre T. _____, du SMR).

Après avoir recueilli des renseignements auprès des médecins consultés pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite le 19 janvier 2018 (rapport du 9 juin 2018 du Dr V._____; rapport du 3 juillet 2018 du Dr F._____), l'OAI a obtenu des avis du SMR des 24 juillet et 11 septembre 2018. Dans le second, il a été relevé en particulier que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, avant et après la mise en place du stimulateur médullaire et ceci depuis au moins 2008, que la situation n'était pas stabilisée dès lors que l'intéressée était en incapacité totale de travail depuis le mois de janvier 2018 et qu'une nouvelle opération était prévue le 23 août 2018 à l'Hôpital de [...].

L'OAI s'est vu renseigné sur les suites de l'opération du mois d'août 2018 par les Drs G.____ (rapport du 8 novembre 2018) et Z.____ (rapport du 20 décembre 2018). La première nommée, spécialiste en neurochirurgie, a attesté une recrudescence des lombalgies connues, avec la précision qu'« une fois les problèmes de hanches réglés, l'assuré[e] pourra reprendre son mode de reconditionnement dorso-lombaire et à ce moment à réévaluer la CT [capacité de travail] probablement au-delà de 50% ». Mentionnant des limitations fonctionnelles temporaires (alternance des positions assise / debout, pas d'efforts physiques, pas de port de charges de plus de quinze kilos, et pas de position accroupie / à genoux), elle renvoyait pour le surplus auprès du médecin traitant de l'assurée. Quant au Dr Z.____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, il a estimé que la capacité de travail comme infirmière de laboratoire semblait compromise par des douleurs importantes (la station assise prolongée et la marche répétée ne paraissant plus possibles). Aux yeux de ce médecin, la situation était alors très compliquée et un bilan d'imagerie, un bilan biologique avaient été effectués, mais sans nouvelle chirurgie envisagée ; l'assurée avait été adressée à une consultation d'antalgie pour améliorer la prise en charge de ses douleurs chroniques. Dans ce contexte, si une reprise du travail semblait momentanément exclue, une amélioration des suites de la consultation d'antalgie pouvait néanmoins être attendue.

Lors d'une entrevue du 21 mars 2019 dans les locaux de l'OAI, l'assurée a en particulier contesté la période d'incapacité de travail du 26 septembre 2014 au 30 septembre 2015 retenue dans un précédent projet du 8 octobre 2018 (pièce 446), affirmant avoir été incapable de travailler jusqu'au mois d'août 2016 depuis l'opération du 9 octobre 2015 de la hanche puis la reprise d'un poste d'infirmière au CMS de [...] à mi-temps en septembre 2016. Dans le cadre de la procédure d'audition, l'OAI a également enregistré à son dossier, des rapports des 15 et 23 avril 2019 ainsi que du 22 juillet 2019 relatifs à une nouvelle intervention chirurgicale (en l'occurrence, un cerclage haubanage du fémur droit) pratiquée le 31 mai 2019 par le Dr B.H._____.

Dans la mesure où les avis médicaux au dossier ont été pris en compte dans l'évaluation de la situation et qu'aucun ne permet de mettre en doute les constatations de l'intimé, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'OAI qui, contrairement aux avis des experts, a retenu, à juste titre, une capacité de travail résiduelle de 70 %, et non pas de 100 %, pour les raisons mentionnées dans l'avis du SMR du 11 septembre 2018. En effet, il a été noté que les lombalgies fluctuantes chroniques présentées par l'assurée, ont une origine neuropathique et musculo-squelettique, et que le stimulateur médullaire implanté le 28 décembre 2012 fonctionne seulement sur les douleurs neuropathiques. Aussi, en raison des antécédents chargés et les interventions lombaires depuis l'âge de 36 ans et vu que le stimulateur réagit sur les douleurs neuropathiques, la capacité de travail de l'assurée est toujours de 70 % dans une activité adaptée, avant et après la mise en place du stimulateur médullaire, et ceci depuis au moins 2008. Après audition de l'assurée en ses locaux, l'OAI a admis une incapacité de travail dès le 26 septembre 2014 jusqu'au 31 août 2016 pour tenir compte des suites de l'opération de la hanche. Sur la base du dossier, on constate que depuis 2008, la recourante a présenté une capacité de travail à 70 % dans une activité adaptée (sans port de charges, ni position en porte-à-faux et avec alternance des positions assise / debout) comme par exemple la profession d'infirmière en laboratoire chez A._____ occupée quelques mois en l'été 2014 (cf. rapport d'expertise du 4 novembre 2014 du Dr Q._____). Depuis

l'accident du 26 septembre 2014 et compte tenu d'une aggravation de son état de santé, une totale incapacité de travail dans toute activité a existé, et ceci jusqu'au 31 août 2016 (cf. avis SMR du 11 septembre 2018 ; procès-verbal d'entretien avec l'assurée du 21 mars 2019). Du 1^{er} septembre 2016 au 18 janvier 2018, la capacité de travail est de 70 % dans une activité adaptée telle que retenue avant l'aggravation de l'état de santé de septembre 2014. Enfin, depuis le 19 janvier 2018, soit la date de la pose de prothèse totale de la hanche droite par le Dr C._____, suivi d'un changement de prothèse le 23 août 2018 occasionnant une fracture du fémur et un cerclage haubanage du fémur droit le 31 mai 2019 par le Dr A.H._____, la capacité de travail est nulle dans toute activité (cf. rapport du 9 juin 2018 du Dr V._____; rapport du 3 juillet 2018 du Dr F._____; rapport du 8 novembre 2018 de la Dre G._____; rapport du 20 décembre 2018 du Dr Z._____; rapports des 15 et 23 avril 2019 ainsi que du 22 juillet 2019 du Dr A.H._____). Le SMR tient compte de l'ensemble de la situation médicale pour forger son avis final et l'OAI a examiné et pris en considération la globalité du dossier pour rendre ses conclusions. Aucun avis médical au dossier ne permet de douter des conclusions de l'OAI.

c) Les deux avis médicaux que la recourante a produits avec son recours ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'office intimé sur la capacité de travail ou de justifier un complément d'instruction.

Dans son rapport du 11 mars 2020, le Dr S._____ se livre uniquement à une appréciation différente d'un même état de fait que celui existant au jour de l'expertise rhumatologique de l'automne 2014, sans pour autant réussir à convaincre que son évaluation devrait être préférée à celle du médecin du SMR puisqu'elle ne repose pas sur des données objectives probantes.

Le rapport du 15 juin 2020 du Dr N._____ fait état de lombalgies dont la recourante souffre depuis de nombreuses années, et ne fournit aucun élément nouveau depuis la dernière opération du 31 mai

2019. En effet, ce médecin dit qu'à son avis la capacité de travail « n'a jamais pu être augmentée à plus de 50% depuis 2008. Elle se réduit encore suite au problème de hanche pour lequel elle a subi quatre interventions entraînant des périodes de boiteries et de recours à des cannes pour la marche » et que « aujourd'hui, la patiente a beaucoup de peine à marcher 20 minutes, à maintenir les postures qu'elles soient assises ou debout et la capacité future reste pour le moins compromise ». Or il s'agit là d'une appréciation différente d'un même état de fait.

En outre, l'OAI a déjà tenu compte de l'appréciation divergente des médecins traitants dans son évaluation du cas. Les atteintes, les limitations fonctionnelles ainsi que leurs répercussions ont été dûment prises en compte par les experts et les médecins du SMR lorsqu'ils ont évalué la capacité de travail résiduelle. Les médecins traitants rapportent les plaintes de la recourante sans objectiver la capacité de travail qu'ils déclarent limitée à 50 % dans une activité adaptée pendant les périodes litigieuses.

Le moyen soulevé par la recourante est par conséquent mal fondé.

5. Cela étant constaté, il s'agit de déterminer, dans le cadre du contrôle d'office, le degré d'invalidité de la recourante.

En l'occurrence, l'intimé a constaté que depuis le 26 septembre 2014 la recourante avait présenté une aggravation de son état de santé à la suite de la chute à vélo conduisant à retenir une incapacité de travail totale dès cette date. Compte tenu d'un « degré d'invalidité » de 25 % existant avant le 26 septembre 2014 et d'un « degré d'invalidité » de 100 % après cette date, il a considéré qu'une « invalidité moyenne » de 40 % pouvait être prise en compte entre le 7 décembre 2013 et le 7 décembre 2014 au titre de délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 LAI. Il a ensuite tenu compte du degré d'invalidité moyenne de 40 % pendant la durée du délai de carence pour allouer à la recourante un quart de rente du 1^{er} décembre 2014 au 28 février 2015 ; puis, il a accordé une rente

entière du 1^{er} mars 2015 au 30 novembre 2016 pour tenir compte de la diminution de la capacité de travail intervenue en septembre 2014 mais dont il a reporté les effets à trois mois après le début de la rente, probablement en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

Or, si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). A l'évidence, la notion d'invalidité moyenne sur laquelle se fonde l'office intimé pour déterminer le droit à la rente d'une personne assurée est dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral. En premier lieu, l'intimé aurait dû tenir compte d'une incapacité de travail de 30 % existant avant le 26 septembre 2014 et d'une incapacité de travail de 100 % après cette date pour déterminer le délai de carence, le taux de 25 % retenu par l'OAI étant le degré d'invalidité et n'entrant pas en considération dans le calcul du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 LAI. Ainsi, l'échéance du délai d'attente d'un an aurait dû être fixée au 17 novembre 2014 (312 jours à 30 % et 53 jours à 100 %). Le droit à la rente était donc ouvert dès le 1^{er} novembre 2014 (art. 29 al. 3 LAI). Il s'agit ensuite de voir quel est le degré d'invalidité qui existait au terme de l'année d'attente (art. 28 al. 1 let. c LAI). Dès lors que le degré d'invalidité était de 100 % à l'échéance du délai de carence, c'est une rente entière qui est due à la recourante dès cette date. En effet, on constate que l'assurée satisfaisait à l'exigence d'une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins durant une année en novembre 2014 lorsque son taux d'invalidité avait atteint 100 % lui ouvrant le droit à une rente entière.

Le droit à une rente entière doit être reconnu jusqu'au 30 novembre 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé fixée au 31 août 2016 (art. 88a al. 1 RAI).

Ensuite, la capacité de travail de la recourante étant à nouveau passée à 70 % et le degré d'invalidité à 25 %, elle n'a plus droit à une rente jusqu'à une nouvelle péjoration intervenue le 19 janvier 2018. En présence d'une reprise de l'invalidité après suppression de la rente, l'OAI a accordé de manière erronée un quart de rente dès le 1^{er} avril 2018 qui passe à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2018, en tenant compte d'un délai de carence au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI qui échoit au 1^{er} avril 2018 (et en appliquant un degré d'invalidité moyen de 40 % pour justifier un quart de rente) et en appliquant ensuite le délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI (pour octroyer la rente entière).

Or, on rappelle que, selon l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). A cet égard, l'art. 88a al. 2 RAI précise que 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 ; l'art. 29bis RAI est applicable par analogie. Selon cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

En l'espèce, il est constant que l'atteinte à l'origine de la nouvelle incapacité de travail est la même que lors de la première allocation de rente. Ainsi, dans les cas de reprise de l'invalidité après suppression de la rente, comme en l'espèce, il y a lieu de faire application de l'art. 29bis RAI. La question est de savoir comment l'application de cette disposition s'articule avec celle de l'art. 88a al. 2 RAI.

L'art. 88a al. 2 RAI prévoit les effets dans le temps d'une modification du droit aux prestations, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels s'est dégradée. Ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations de l'assuré dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Selon la jurisprudence, ce délai s'applique, à l'occasion d'une procédure de révision (art. 17 LPG), dans le cadre d'une modification du droit à une rente précédemment allouée ou lorsqu'une rente échelonnée dans le temps est accordée à titre rétroactif. Cette disposition ne s'applique pas tant qu'un droit à la rente n'est pas ouvert au regard des conditions de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. arrêt I 179/01 du 10 décembre 2001 consid. 3b; TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5). Comme le mentionne cette disposition, il faut toutefois relever le cas prévu par l'art. 29bis RAI.

La jurisprudence a précisé que l'art. 29bis RAI est applicable seulement au calcul de la période d'attente selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, mais pas à la détermination de la période d'attente selon l'art. 29 al. 1 LAI. Ainsi, en cas de nouvelle demande de rente, le délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI devait être respecté, celui-ci étant de nature procédurale (ATF 142 V 547 consid. 3). L'art. 29bis RAI ne supprime pas le délai d'attente de droit matériel, mais détermine pour un cas particulier la manière dont il doit être calculé, à savoir en imputant un délai d'attente déjà accompli sur le délai d'attente qui doit en principe exister à nouveau pour le nouveau droit à la rente (cf. ATF 105 V 262 consid. 3 ; 121 V 264 consid. 6). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, il y a lieu de considérer que le changement accroît, le cas échéant, le droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption, de sorte qu'aucune augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de carence de trois mois. Le renvoi à l'art. 29bis RAI n'a pour seul effet que de préciser le calcul du délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let b LAI dans une situation précise et n'influe pas sur la manière de déterminer à quel moment on peut considérer qu'il existe un changement justifiant une révision. La modification de la rente ne peut ainsi être prise en compte qu'après l'expiration du délai de trois mois

prévu à l'art. 88a RAI (TF 9C_99/2012 du 24 septembre 2012 consid. 7 ; TFA I 11/00 du 22 août 2001).

Ainsi, en l'espèce, une rente entière peut être attribuée dès le 1^{er} avril 2018, car le délai d'attente avec une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins était déjà écoulé en novembre 2014 et le degré d'invalidité était de 100 % à la survenance de l'aggravation, soit au 19 janvier 2018, qui a perduré plus de trois mois, ce qui donne naissance à une nouvelle rente à l'échéance de ce délai. Compte tenu du degré d'invalidité de 100 %, la recourante pourra ainsi bénéficier d'une rente entière dès cette date.

Dans ces conditions, la décision querellée doit être réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2014 au 30 novembre 2016, puis à une rente entière dès le 1^{er} avril 2018.

6. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par la recourante dans ses écritures - à savoir, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une expertise médicale judiciaire - doivent dès lors être rejetées. Notamment la recourante qui a déjà pu s'exprimer devant l'autorité administrative a également pu le faire tout au long de la procédure et on ne voit pas en quoi son audition pourrait être utile. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2 ; 8C_285/2013 du 11 février 2014 consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

7. a) En définitive bienfondé, le recours doit en conséquence être admis, et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a

droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 30 novembre 2016, puis à une rente entière dès le 1^{er} avril 2018.

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 des 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.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

c) aa) L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD).

bb) En l'occurrence, la recourante a requis l'assistance judiciaire après qu'une demande d'avance de frais lui a été réclamée pour la présente procédure. Compte tenu du sort du recours, les frais seront finalement supportés par l'OAI, de sorte que la demande d'assistance judiciaire devient sans objet. Il convient d'observer encore que dans la formule idoine, l'assurée avait coché « c) Assistance d'office d'un avocat » sans toutefois requérir la désignation d'un avocat d'office dans ses courriers. De toute manière les arguments soulevés par la recourante, à savoir la prise en compte d'une capacité de travail réduite, ont été examinés et écartés dès lors qu'ils étaient manifestement mal fondés, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'accorder l'assistance d'office d'un mandataire. Dans ces conditions, la demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est également rejetée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 16 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que L. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 30 novembre 2016, puis à une rente entière dès le 1^{er} avril 2018.

- 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. Il n'est pas alloué de dépens.

- V. La demande d'assistance judiciaire pour la procédure de recours est rejetée.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- L. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :