

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 893 vom 16. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_893](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__893)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 893 du 16 novembre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 893 del 16 novembre 2015

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 LAI, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 16.11.2015 Arrêt / 2015 / 893

RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 LAI, 43 al. 1 LPGA, 44 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 216/14 - 291/2015 ZD14.039781 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 16 novembre 2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat , présidente Mmes Thalmann et Pasche, juges Greffière : Mme Berseth Béboux \*\*\*\*\* Cause pendante entre : G. \_\_\_\_\_ , à Lausanne, recourante, représentée par Me Valérie Elsner Guignard, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 4 al. 1, 8 al. 1 et 3 let. b, 28 al. 2 LAI E n f a i t : A. a) G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante F. \_\_\_\_\_ née en [...], est arrivée en Suisse le 1 er février 1998. Elle est au bénéfice d'un diplôme d'infirmière en soins généraux obtenu en 1995 en F. \_\_\_\_\_, lequel a été reconnu par la Croix-Rouge suisse par décision du 21 février 2011. En juin 2008, l'assurée a suivi une formation complémentaire d'évaluation des besoins des pensionnaires des établissements médico-sociaux, couronnée par une certification au système « Plaisir ». En outre, en 2010, elle a actualisé sa formation en soins infirmiers auprès de l'institut A. \_\_\_\_\_, au travers de 22 jours de cours et d'une démarche d'analyse de situation. L'assurée a été engagée le 4 février 1998 en qualité d'infirmière référente d'unité de soins à 80% par la V. \_\_\_\_\_, établissement médico-social situé à [...]. Dès le 30 avril 2013, l'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail, la majeure partie du temps à 100%, malgré quelques tentatives de reprise à temps très partiel. Depuis janvier 2014, elle a repris le travail auprès de son employeur au taux de 40% (50% de son 80%), ses tâches ayant été adaptées pour tenir compte de ses maux de dos. Le 17 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente en raison de lombalgies chroniques existant depuis avril 2013. Elle a notamment annexé à sa demande un certificat du 27 janvier 2014 du Dr

L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, dont la teneur était la suivante : « Le médecin soussigné atteste que les travaux peuvent encore être exigés de ma patiente susmentionnée, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité d'infirmière adaptée à son handicap. - activités uniquement en position assise : 8 h - activités uniquement en position debout : 2 h - activités dans différentes positions : 4 h - se pencher : 2 h - rotation en position assise/en position debout : ½ h - soulever/porter (près/loin du corps) : Limite de poids : 10 kg - capacité de concentration est limitée s'il y a l'apparition d'une aggravation de lombalgie - de même pour la résistance. » Renseignant l'OAI le 4 avril 2014 par le biais du questionnaire de l'employeur, la V.\_\_\_\_\_ a indiqué que dans le cadre d'une activité d'infirmière de référence telle que celle occupée par l'assurée, les activités en position assise étaient de l'ordre d'une demi-heure par jour. Les activités nécessitant la marche et le port de charge jusqu'à 25 kg représentaient entre une demi-heure et trois heures par jour. La majorité du travail se faisait debout, à raison de trois à cinq heures par jour. Dite activité impliquait beaucoup de responsabilités, une bonne santé ainsi qu'une bonne forme physique et psychologique ; elle requérait au demeurant de grandes exigences en matière de concentration/attention, d'endurance, de soin, de faculté d'interprétation et générait un stress psychologique. Toujours selon l'employeur, en l'état, une reprise à 100% n'était pas possible pour la recourante. Interpellée par l'OAI, l'assurée a indiqué le 8 avril 2014 que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle exercerait depuis 2001 l'activité d'infirmière au taux de 80%, pour des raisons financières. Dans un rapport initial du 14 avril 2014 faisant suite à un entretien avec l'assurée, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé les éléments suivants : « L'assurée a une formation d'infirmière en F.\_\_\_\_\_. Cette formation est reconnue en Suisse [...] et elle peut porter le titre d'infirmière. Elle travaille comme infirmière référente de soins dans un EMS, la V.\_\_\_\_\_ depuis 1998. Selon elle, tant la Dre[sse] S.\_\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_\_ [C.\_\_\_\_\_]) que son MT [médecin traitant] le Dr L.\_\_\_\_\_ lui auraient indiqué que son activité habituelle n'est plus adaptée à son état de santé (lombalgies) et elle aurait besoin d'une réorientation. Nous avons contacté M. Y.\_\_\_\_\_ (directeur de la V.\_\_\_\_\_) qui confirme le rapport employeur au niveau des ports de charge même si ils sont occasionnels, mais il indique que la position de travail est essentiellement debout. Il dit qu'il n'y a pas de possibilité, à long terme (actuellement elle a repris à 50% du 80% contractuel dans une activité adaptée, tâches administratives et distribution de médicaments) d'adapter la place de travail et qu'aucune possibilité de réinsertion n'est possible. Mme G.\_\_\_\_\_ dit avoir réfléchi à sa situation et que, dans le domaine infirmier, il y a des charges ou des positions de travail debout prolongées. Elle souhaite pouvoir se réorienter comme psychologue. Elle s'est déjà inscrite à l'Unil [Université de Lausanne] pour la session d'automne 2014. Nous l'avons informée des principes de l'AI (équivalence...) et le fait que nous devons étudier si un changement d'activité est nécessaire, si l'équivalence est respectée, si c'est une mesure adéquate et si elle a les capacités. Pour ce faire, nous devons attendre les rapports médicaux et voir avec le SMR [Service médical régional], nous devons nous déterminer sur la mesure et savoir si elle en a le potentiel (nous avons octroyé un testing chez R.\_\_\_\_\_). C'est seulement après que nous pourrons nous prononcer ». Par communication du 16 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui accordait une mesure d'orientation professionnelle dans le cadre des mesures d'intervention précoce auprès de R.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, du 17 avril au 8 mai 2014. Renseignant l'OAI dans un rapport du 20 avril 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de lombalgies importantes sur protusion discale L5-S1 médiane. Il a

attesté une totale incapacité de travail du 5 août 2013 au 13 janvier 2014, puis à 50% dès le 14 janvier 2014, à réévaluer. Selon le médecin traitant, les douleurs lombaires liées aux activités d'infirmière empêchaient la reprise du travail à 100%, la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle étant limitée à 5% [recte : 50% ?] au maximum. Par contre, dans une activité adaptée, l'assurée disposait selon lui d'une capacité de travail de 4 heures par jour, favorisant une récupération. Au titre de l'appréciation du cas, le Dr L.\_\_\_\_\_ a relevé que la reprise du travail à 50% lui semblait être la limite tolérable pour sa patiente, aucune amélioration de la capacité de travail ne devant au demeurant être attendue. Toujours selon le médecin traitant, un reclassement professionnel semblait souhaitable, sa patiente étant contrainte de prendre des doses importantes de Tramal et de Dafalgan pour être à même de supporter son activité de 50%. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée était en mesure d'exercer des activités uniquement en position assise à temps complet et de monter les escaliers. Par contre, il ne pouvait être exigé d'elle qu'elle déploie une activité uniquement debout, dans différentes positions, principalement en marchant, accroupi, à genoux ou encore avec des rotations en position assise/debout, ni qu'elle porte des charges excédant 10 à 12 kg. Elle n'était pas non plus en état de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de monter sur une échelle ou un échafaudage. Ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées ; seule était restreinte la résistance en raison des douleurs. Le médecin a préconisé la mise en place d'un soutien psychologique en parallèle au traitement antalgique déjà en cours, les douleurs endurées par sa patiente entraînant un épuisement psychique portant également atteinte à sa capacité de travail. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a enfin estimé que le pronostic était mauvais si l'assurée ne changeait pas de profession. Dans le cadre de son mandat pour l'OAI, R.\_\_\_\_\_ a effectué des tests d'aptitudes visant à définir le niveau des acquisitions de l'assurée et leur compatibilité avec des études universitaires en psychologie. Dans un rapport de synthèse du 12 mai 2014, la psychologue s'est exprimée en ces termes : « (...) le potentiel et le niveau d'acquisitions sont relativement homogènes et comparables à une fin de scolarité de VSO [voie secondaire à options] globalement faible. A priori, il est peu probable que ces bases permettent de mener à bien des études universitaires. Une orientation vers une spécialisation du métier d'infirmière paraît préférable, par exemple dans une activité comportant des contacts sociaux, comme infirmière de liaison ou infirmière en psychiatrie. Elle pourrait aussi occuper un poste d'infirmière de coordination dans un CMS [centre médico-social] (planification des horaires) ou d'infirmière codificatrice après une période d'initiation au travail. Un poste d'infirmière en consultation spécialisée ( diabétologie, néphrologie, cardiologie ), dans un service de transfusion sanguine , en polyclinique ou en ophtalmologie devrait aussi correspondre aux limitations fonctionnelles de votre assurée, mais répond probablement moins à ses attentes en termes de contact ». Le 16 mai 2014, E.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain maladie collective de l'employeur, a transmis son dossier à l'OAI, lequel comprenait notamment : - un rapport du 3 septembre 2013 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et ancien médecin traitant, posant le diagnostic de discopathie et protrusion médiane L5-S1 prévalant depuis le 15 avril 2013, sans lésion de type herniaire, et attestant une incapacité de travail du 2 au 7 mai 2013 à 100%, - trois rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ des 16 août 2013, 4 novembre 2013 et 2 mai 2014, récapitulant les périodes d'incapacité de travail de la manière suivante : · 100% du 6 mai au 16 juin 2013, · 75% du 17 juin au 21 juillet 2013, · 100% du 22 au 25 juillet 2013, · 75% du 26 juillet au 4 août 2013, · 100% du 5 au 11 août 2013, · 75% du 12 août au 27 octobre 2013, ·

100% du 28 octobre au 30 novembre 2013, · 100% du 15 décembre 2013 au 5 janvier 2014, · 75% du 5 au 12 janvier 2015, · 50% dès le 13 janvier 2015, à réévaluer. Dans un rapport du 23 mai 2014 à l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_, rhumatologue et chef de clinique adjoint à l'Unité du rachis du C. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques d'origine musculo-squelettique non-spécifiques avec discopathie L5/S1 protrusive, arthrose des articulations postérieures pluriétagée et déconditionnement physique global et focal. Le rhumatologue a précisé que l'assurée était en traitement auprès de l'unité depuis le 4 septembre 2013 et qu'elle avait séjourné au Service de réhabilitation de l'Hôpital M. \_\_\_\_\_ du 11 au 29 novembre 2013 dans le cadre d'un programme de réhabilitation intensive, un traitement physiothérapeutique se poursuivant auprès du C. \_\_\_\_\_, en parallèle à une médication antalgique. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a émis un pronostic positif sur le long terme, une amélioration progressive lente et objectivée sur le plan fonctionnel et douloureux étant déjà intervenue, permettant à la patiente de reprendre son activité professionnelle à mi-temps dès la mi-février 2014 (sic). Toujours selon le rhumatologue, l'activité habituelle de l'assurée était exigible à 50%, sans diminution de rendement, tout en évitant le port de charges et les positions statiques assise ou debout prolongées au-delà d'une heure. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que les restrictions énumérées ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, ajoutant qu'une augmentation progressive du taux de travail de l'assurée de 50% à 75%, puis à 100% pouvait être envisagée avant de dire définitivement qu'une autre profession devrait être recherchée. Dans un avis du 3 juin 2014, se fondant sur les conclusions des Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, ainsi que sur celles de R. \_\_\_\_\_, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé qu'à tout le moins depuis le 27 janvier 2014, l'assurée présentait une pleine capacité de travail en tant qu'infirmière, pour autant que les limitations fonctionnelles signalées par les médecins précités soient respectées. Par projet de décision du 23 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente et de mesures professionnelles. L'office a relevé qu'après avoir présenté une incapacité de travail et de gain à 100% dans toute activité lucrative du 5 août 2013 au 13 janvier 2014, puis à 50% du 14 au 26 janvier 2014, elle avait recouvré une capacité de travail entière dès le 27 janvier 2014 dans son activité habituelle d'infirmière, pour autant que ses limitations fonctionnelles soient respectées (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de position statique assis/debout au-delà d'une heure, pas de position en porte-à-faux du rachis, pas d'agenouillement ni d'accroupissement, pas d'échelles et pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de la tête). Susceptible de mettre à profit ses compétences dans tout domaine infirmier permettant de respecter ces restrictions (liaison, coordination, service de transfusion, etc...), l'assurée ne subissait aucun préjudice économique, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité. Le 15 juillet 2014, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision précité. Récapitulant ses périodes d'incapacité de travail, elle a fait valoir qu'elle n'a jamais pu reprendre son activité en plein, mais à 50% seulement, malgré les aménagements consentis par son employeur. L'intéressée a sollicité la poursuite de la procédure de reclassement après réorientation, afin de trouver une activité adaptée à son état de santé. Elle a également relevé qu'aucune expertise n'avait été ordonnée. L'OAI a confirmé son refus de prestations dans sa décision du 2 septembre 2014, l'assurée n'ayant à son avis apporté aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. B. Par acte du 3 octobre 2014, par l'entremise de Me Valérie Elsner Guignard, G. \_\_\_\_\_ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 2

septembre 2014 précitée, dont elle demande la réforme dans le sens de l'octroi, principalement, d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement d'un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2014 ou à une autre date fixée par le Tribunal, et plus subsidiairement de mesures de réadaptation. Plus subsidiairement encore, la recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction. La recourante fait en substance grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte du fait qu'elle travaillait déjà, à 40%, depuis janvier 2014, dans une activité du type de celle préconisée par l'OAI, soit une activité essentiellement administrative dans laquelle elle ne porte pas de charges et qui n'exige pas le maintien de positions statiques prolongées, procédant notamment à la distribution de médicaments. La recourante insiste sur le fait que même dans une telle activité, elle n'a pas été en mesure de reprendre le travail à plus de 40%, devant même rester allongée plusieurs heures à son domicile au retour du travail, afin de récupérer. Elle estime que la position défendue par le SMR est arbitraire et insoutenable, dès lors qu'elle ne repose sur aucun rapport médical et est en complète contradiction avec les certificats médicaux établis par son médecin traitant. En définitive, la recourante fait valoir qu'on ne peut exiger d'elle l'exercice d'une activité à plus de 50%, dans quelque domaine que ce soit. Au titre des mesures d'instruction, elle requiert la tenue d'une audience et l'assignation du Dr L. \_\_\_\_\_ en qualité de témoin, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, sur les plans rhumatologique et psychiatrique. A l'appui de sa contestation, la recourante produit un courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2014 adressé par le Dr L. \_\_\_\_\_ à Me Elsner Guignard, dans lequel le médecin traitant a notamment précisé que l'augmentation du taux de travail de sa patiente au-dessus de 50% de son 80% était contre-indiquée, malgré l'aménagement du poste de travail opéré par l'employeur, dès lors que la position assise prolongée provoquait des douleurs lombaires, « et pas seulement la station debout prolongée ». Le Dr L. \_\_\_\_\_ a au surplus estimé que, contrairement à ce que retenait l'intimé, l'activité d'infirmière de liaison à plein temps n'était pas adaptée, un tel poste ayant au demeurant des points de similitude avec le poste aménagé par l'employeur, quasi administratif. Dans une réponse du 9 décembre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il fait valoir que, contrairement à ce que soutient la recourante, le SMR a fondé son avis sur les rapports médicaux établis par les deux médecins consultés par l'intéressée, à savoir les Drs L. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_. L'office relève également que le poste occupé par la recourante à l'EMS V. \_\_\_\_\_ ne correspond pas aux descriptions des postes cités au titre d'activités adaptées, mais que cela n'enlève rien au fait que ses limitations fonctionnelles ne font pas obstacle à une complète aptitude dans des activités telles qu'infirmière de liaison ou de coordination. Par réplique du 28 janvier 2015, la recourante maintient ses motifs et ses conclusions, réitérant au surplus ses requêtes de mesures d'instruction. Se prononçant par duplique du 17 février 2015, l'intimé s'oppose à la mise en œuvre des mesures d'instruction requises par la recourante, estimant que l'étude du dossier était intervenue dans les règles de l'art. Il conclut au surplus à nouveau au rejet du recours. Dans une écriture du 15 mai 2015, la recourante invoque le fait qu'elle a subi deux infiltrations, les 24 février et 28 avril 2015. S'appuyant sur l'attestation du Dr L. \_\_\_\_\_ du 10 mai 2015, selon laquelle les effets bénéfiques durables d'une infiltration ne peuvent réellement s'apprécier qu'après environ six mois, elle sollicite une suspension de la cause jusqu'au 30 novembre 2015. A titre subsidiaire, elle requiert une prolongation d'un mois du délai imparti pour déposer ses déterminations finales. Par déterminations du 8 juin 2015, l'OAI s'oppose à une suspension de la cause, confirmant pour le surplus la teneur de ses précédentes écritures. Dans une ultime écriture

du 2 juillet 2015, la recourante réitère sa demande de suspension de la cause. E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante présente, en raison de ses atteintes à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. L'art. 8 al. 1 LAI pose quant à lui le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou encore à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_347/2010 du 3 février 2011 consid. 3 et les références citées). b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par

l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 précité consid. 3b/cc ; TF 9C\_616/2007 du 8 septembre 2008 consid. 2). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées des doutes, mêmes faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'avis de ce médecin et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; cf. également ATF 137 V 210 consid. 1.2.1). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 4. a) En l'espèce, se fondant sur l'avis de son SMR, l'intimé admet que la recourante a présenté une totale incapacité de travail et de gain dans toute activité lucrative du 5 août 2013 au 13 janvier 2014, puis à 50% du 14 au 26 janvier 2014. L'OAI estime

cependant qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail tout au moins dès le 27 janvier 2014 dans son activité habituelle d'infirmière, pour autant que les limitations fonctionnelles induites par ses troubles lombaires soient respectées. L'intimé considère que la recourante est ainsi capable de mettre à profit ses compétences dans toute activité du domaine infirmier épargnant le rachis, telles qu'infirmière de liaison et de coordination, ou infirmière dans un service de transfusion, et qu'elle ne subit de ce fait aucun préjudice économique susceptible de lui donner droit à des prestations de l'assurance-invalidité. b) De son côté, la recourante conteste que son atteinte à la santé lui permette de reprendre en plein son activité habituelle, ni même quelque activité de ce soit. Elle explique que malgré les aménagements consentis par son employeur depuis sa reprise du travail en janvier 2014, grâce auxquelles ses tâches sont devenues en majeure partie administratives, elle n'a pas été capable de travailler à plus de 40% (50% de son taux habituel de 80%). Elle précise que même à ce taux réduit, elle a besoin d'un traitement antalgique et de plusieurs heures de repos chaque jour dès son retour du travail. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'avis de son médecin traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_.

5. a) Après examen des pièces au dossier, force est de constater que la position du SMR ne peut être suivie. Dans sa réponse du 9 décembre 2014, réagissant au grief de la recourante selon lequel il aurait statué en faisant abstraction de tout rapport médical, l'intimé a fait valoir que le SMR avait fondé son avis sur les rapports établis par les deux médecins consultés par l'intéressée, à savoir les Drs L.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Or, ces rapports sont contradictoires et ne permettent pas une appréciation suffisamment précise de la situation médicale de la recourante. La position des deux médecins divergent en effet tant sur la question de la capacité de travail que sur celles des limitations fonctionnelles. Les diagnostics posés par les deux praticiens ne sont en outre pas concordants, le Dr L.\_\_\_\_\_ faisant état de lombalgies importantes sur protrusion discale L5-S1 médiane (cf. rapport du 20 avril 2014), et le Dr H.\_\_\_\_\_ mettant en évidence une discopathie protrusive L5-S1, mais également de l'arthrose des articulations postérieures pluri-étagée ainsi qu'un déconditionnement physique global et focal (cf. rapport du 23 mai 2014). Au surplus, la position du Dr L.\_\_\_\_\_ sur la question de la capacité de travail renferme des incohérences, qui mettent à mal la valeur probante de ses rapports médicaux.

b) A l'appui de sa demande de prestations, la recourante a fourni un certificat du 27 janvier 2014 par lequel le Dr L.\_\_\_\_\_ a attesté que son état de santé lui permettait d'exercer des activités uniquement en position assise à raison de 8h/jour. Le médecin traitant estimait en outre possibles les activités uniquement debout à hauteur de 2h/jour, celles en différentes positions 4h/jour, celles en position penchée 2h/jour et celles en rotation en position assise ou debout à raison de 0,5h/jour. Le SMR a déduit de ce bref certificat que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles dès le jour d'émission de ladite attestation du Dr L.\_\_\_\_\_. Cette interprétation n'est toutefois pas convaincante. D'une part en effet, le 27 janvier 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est pas à proprement parler déterminé sur la capacité de travail de sa patiente ; ce n'est que de manière indirecte que l'intimé en a tiré des conclusions, notamment quant à la date à partir de laquelle une pleine exigibilité pouvait, selon lui, être retenue. Le SMR a en outre occulté le fait que l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ à propos de la capacité de travail n'était pas clair. En effet dans son attestation du 27 janvier 2014, le médecin traitant a retenu une capacité à exercer une activité en position assise à raison de 8h/jour, appréciation qu'il a maintenue dans son rapport du 20 avril 2014 et qui pourrait effectivement plaider en faveur d'une capacité de travail entière. Cependant, dans ce même rapport du 20 avril 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que dans une activité adaptée, la

recourante disposait d'une capacité de travail à raison de 4h/jour, une reprise à 50% étant selon lui le maximum tolérable pour sa patiente. En outre, toujours le 20 avril 2014, le Dr L. \_\_\_\_\_ a évoqué un épuisement psychique qui porterait selon lui également atteinte à la capacité de travail. Il n'a toutefois posé aucun diagnostic psychiatrique ni précisé si ladite atteinte était incluse dans l'incapacité de travail à 50% ou si elle était additionnelle et, dans cette dernière hypothèse, quel taux d'incapacité elle générerait. Enfin, dans son courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2014 à Me Elsner Guignard, le médecin traitant a indiqué que l'augmentation du taux de travail de sa patiente au-dessus de 50% de son taux habituel était contre-indiquée, malgré les aménagements consentis par l'employeur, dès lors que la position assise prolongée provoquait des douleurs lombaires « et pas seulement la station debout prolongée ». Face à ces contradictions et ce manque de clarté, l'intimé n'était pas fondé à s'appuyer sur le certificat du 27 janvier 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_ ni sur son rapport du 20 avril 2014 pour fixer l'exigibilité attendue de la recourante. Ensuite et surtout, le SMR a fait en grande partie fi de l'avis plus détaillé et nuancé du Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste du rachis. Dans son rapport du 23 mai 2014, le rhumatologue a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50% dans son activité habituelle d'infirmière, sans diminution de rendement, pour autant que le port de charges et les positions statiques assise et debout ne soient pas prolongées au-delà d'une heure. Il s'est ainsi distancé de l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_, selon lequel la position assise pouvait être maintenue à hauteur de 8h/jour et celle debout à concurrence de 2h/jour. Si l'intimé a finalement retenu les limites fonctionnelles plus restrictives arrêtées par le Dr H. \_\_\_\_\_, il n'a pas suivi son avis s'agissant de la capacité de travail, sans toutefois justifier ce choix. Certes, le Dr H. \_\_\_\_\_ a émis un pronostic favorable, mais à long terme seulement. S'il a effectivement évoqué une augmentation progressive du taux de travail, de 50% à 75%, puis à 100%, avant de déterminer, cas échéant, qu'un changement de profession s'impose, il n'a évoqué cette possibilité qu'au titre d'une perspective future, sans en fixer le calendrier. Au jour de son rapport le Dr H. \_\_\_\_\_ a donc arrêté la capacité de travail de l'assurée à 50% dans son activité habituelle et ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée, jugeant la démarche prématurée avant toute tentative de reprise du travail à un taux plus élevé. En définitive, le SMR a fondé son avis, au demeurant fort succinct, en retenant tantôt l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_, tantôt celui du Dr H. \_\_\_\_\_, favorisant l'avis du rhumatologue sur la question des limitations fonctionnelles mais maintenant l'exigibilité d'une activité à 100% dès le 27 janvier 2014 sur la base du certificat médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2014. Cette conclusion, dont on ne trouve aucun fondement au dossier, laisse subsister des doutes sur la fiabilité de l'avis du SMR et ne saurait s'imposer. L'intimé a en outre éludé la question de la différenciation entre activité habituelle et activité adaptée. Il s'est contenté d'affirmer que la recourante pouvait mettre à profit ses compétences en restant dans le domaine infirmier, pour autant qu'elle opte pour des activités moins contraignantes pour le rachis, telles qu'infirmière de liaison, infirmière de coordination ou infirmière dans un centre de transfusion. A l'argument de la recourante selon lequel même dans l'activité exercée depuis janvier 2014, allégée, elle n'était pas capable de travailler à plus de 50% et devait prendre des antalgiques, l'OAI s'est contenté de répondre que dite activité ne correspondait pas aux descriptifs des postes cités au titre d'activités adaptées (cf. réponse au recours du 9 décembre 2015 de l'OAI), et n'était ainsi prétendument pas adaptée. Pourtant, d'une part, l'activité d'infirmière référente d'unité de soins telle qu'aménagée par l'employeur apparaît relativement allégée par rapport à un poste d'infirmière ordinaire. La recourante est en effet en charge de tâches principalement

administratives ainsi que de la distribution des médicaments (cf. compte rendu du spécialiste en réinsertion profession de l'OAI du 14 avril 2014). D'autre part, le dossier de l'intimé ne contient aucun descriptif des postes considérés comme adaptés à l'état de santé de la recourante, auquel il se réfère pourtant dans son écrit du 9 décembre 2014. On peine ainsi à comprendre en quoi les activités d'infirmière de liaison, d'infirmière de coordination ou d'infirmière dans un centre de transfusion seraient plus adaptées que celle d'infirmière référente en unité des soins occupée actuellement par l'assurée et aménagée en fonction de ses problèmes de santé. 6. Au vu de ce qui précède, force est de constater qu'au moment où l'intimé a rendu la décision dont est recours, la situation médicale de la recourante n'était pas claire. L'intimé s'est en effet prononcé sur la base d'un dossier médical lacunaire comportant des contradictions, alors que les doutes en présence auraient justifié que l'instruction se poursuive (cf. consid. 3c supra). La Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si et dans quelle mesure les pathologies de l'assurée portent atteinte à sa capacité de travail. Les différents rapports médicaux au dossier et ceux déposés en cours de procédure ne sont pas suffisamment concordants ni probants pour trancher valablement cette question. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3, RAMA 1993 n° U170 p. 136, 1989 n° K809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, compte tenu des contradictions en cause et des lacunes dans l'instruction du cas, il s'avère que les conséquences de l'état de santé de la recourante sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établies de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé – auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder à la mise en oeuvre d'une expertise comportant à tout le moins un volet rhumatologique (cf. art. 44 LPGA), en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles affectant la recourante, ainsi que de déterminer à quel taux, à partir de quelle date et dans quel type d'activité celle-ci est en mesure de travailler. Ce faisant, l'intimé veillera à respecter les principes et recommandations posés à l'ATF 137 V 210, applicables par analogie aux expertises pluridisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4 p. 357). Sur la base des constats

de l'expert, l'OAI devra ensuite déterminer si l'activité finalement retenue nécessite la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel et arrêter le salaire que l'intéressée serait susceptible de réaliser dans ladite activité. Compte tenu de ces éléments, il lui incombera enfin, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressée. 8. Au vu de l'issue de la cause, il n'y a pas lieu de suspendre la procédure comme requis par la recourante, afin de connaître les effets de ses traitements par infiltration, ni de compléter l'instruction par l'audition du Dr L. \_\_\_\_\_ lors d'une audience. 9. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1 LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 2 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cent 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 la recourante un montant 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 Valérie Elsner Guignard (pour la recourante), à Lausanne, ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.