

## **VD\_GERICHTE ZD16.038768 vom 11. April 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-04-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.038768](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.038768)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.038768 du 11 avril 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.038768 del 11 aprile 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

mai 2014. L'assurée a été hospitalisée dans le Département de l'appareil locomoteur (DAL) au CHUV, du 17 mars au 4 avril 2014.

- 12 - Dans son rapport à l'OAI du 12 août 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en douleurs chroniques de l'appareil locomoteur, a exposé que la prise en charge de l'assurée du 17 mars au 4 avril 2014 avait été motivée par son syndrome douloureux, pour essayer d'augmenter son endurance et obtenir un meilleur fonctionnement avec les douleurs. La situation était qualifiée de stationnaire, avec une capacité de travail résiduelle de l'assurée à 25% dans l'activité habituelle (de longue date) et à 50% (trois à quatre heures par jour) dans une activité adaptée, plutôt sédentaire et sans port de charges. Ce spécialiste énumérait des limitations fonctionnelles en lien avec la position assise limitée à une demi-heure et le port / le soulèvement de charges ne dépassant pas cinq kilos. Dans un rapport du 1er octobre 2014 au médecin traitant de l'assurée, le Professeur C. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de séquelles de dysplasie avec luxation haute appuyée de la hanche gauche, de status après arthroplastie en 2009 et reprise en 2011 pour usure précoce du polyéthylène et de lombosciatalgies. Au terme de sa consultation du 23 septembre 2014, ce praticien se prononçait à la faveur d'une capacité de travail de sa patiente de 30 ou 50% au maximum dans une activité adaptée sédentaire. Il précisait que les plaintes de l'intéressée étaient faibles au niveau de sa hanche gauche, la boiterie s'étant atténuée. Elle était surtout gênée par des lombosciatalgies au niveau L2-L3. Le Professeur C. \_\_\_\_\_ a conclu à une situation « assez complexe » tant socio-professionnelle que médicale. Indiquant qu'il était peu probable que sa patiente puisse intégrer une activité dans son domaine d'activité, il demandait qu'une décision soit rendue par l'assurance-invalidité. Au terme d'un avis SMR du 13 novembre 2014, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a suggéré la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Suivant l'avis médical précité, l'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique aux médecins du SMR. L'assurée a été examinée les 20 janvier et 26 février 2015. Dans leur

- 13 - rapport du 27 février 2015, les Drs R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et I. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et expert certifié SIM, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques non déficitaires (dans le cadre d'une discarthrose sévère en L2-L3 avec rétrolisthésis de degré I et arthrose étagée des articulations postérieures ; M54.5) et de dysplasie de hanches bilatérale, avec pose d'une prothèse totale de hanche (PTH) gauche en 2009 et révision acétabulaire en 2011 (Q65.1) ainsi que, sans effet sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z65). Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas : "Lors de l'examen de ce jour, l'assurée signale l'apparition de douleurs lombaires basses depuis 1999. Les douleurs étaient tout d'abord intermittentes. L'assurée ajoute qu'elle avait

aussi des douleurs à la face externe de la hanche G [gauche] lors des longues marches. Elle a été opérée en 2009 pour la mise d'une PTH [prothèse totale de hanche] G [gauche] ; l'assurée dit afin d'équilibrer le dos. Dans les suites de l'opération, l'assurée déclare avoir eu de fortes douleurs de la hanche G [gauche]. Elle a été réopérée en 2011, car la prothèse était usée. Depuis la 2ème opération, la douleur de la hanche a diminué ; elle est présente seulement lors de longues marches. L'assurée dit qu'elle est surtout gênée par les douleurs lombaires, qui sont devenues permanentes et augmentent si elle reste immobile debout ou assis, lorsqu'elle se baisse ou tousse. La douleur irradie parfois à la face antérieure de la cuisse D [droite] lorsqu'elle se baisse. Cette douleur dure 10 secondes et se manifeste 1-2x/semaine. Il n'y a pas de douleur nocturne. L'assurée décrit un dérouillage matinal de 15 minutes pour la région lombaire. A l'examen clinique, la gestuelle spontanée est libre. Il y a une légère boiterie à D [droite] et une légère bascule du bassin sur la G [gauche]. Le membre inférieur G [gauche] est légèrement plus court que le D [droit]. La flexion lombaire est légèrement diminuée, l'extension un peu plus. Les amplitudes articulaires de la hanche G [gauche] sont légèrement diminuées par rapport au côté controlatéral. Pour les autres articulations périphériques, les amplitudes articulaires sont normales. Les changements de position s'effectuent rapidement. La position assise est bien tolérée pendant toute la durée de l'entretien rhumatologique (1 heure). La radiographie de la colonne lombaire du 23.09.2008 montre une bascule du bassin à G [gauche] avec une scoliose compensatrice. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] de la colonne lombaire du 11.04.2013 montre une discarthrose sévère en L2-L3, avec rétrolisthésis de degré 1. Il y a une arthrose des articulations postérieures provoquant un rétrécissement du trou de conjugaison à G [gauche].

- 14 - La radiographie du bassin du 23.09.2014 montre une dysplasie de la hanche D [droite], le remplacement de la hanche G [gauche] par une prothèse. Cette atteinte lombaire dégénérative justifie une diminution des sollicitations mécaniques au niveau lombaire. Une atteinte lombaire incapacitante était déjà reconnue par le Dr Q. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste au SMR de [...], dans son examen orthopédique du 30.04.2012. Concernant les hanches, la présence d'une dysplasie à D [droite] et d'une PTH [prothèse totale de hanche] G [gauche] justifient aussi des limitations fonctionnelles. Ces limitations étaient déjà documentées par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son 1er examen orthopédique du 19.10.2009. En raison des activités prolongées debout et en marchant, des nombreuses postures penchées en avant, l'activité d'aide-soignante n'est plus exigible et cela depuis l'arrêt de travail total dans l'activité d'aide-soignante survenu le 01.10.2011 suite à l'évolution défavorable de la PTH [prothèse totale de hanche] et de la décompensation de l'atteinte lombaire (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin interniste, daté du 03.04.2012). Cette IT [incapacité de travail] totale dans l'activité d'aide-infirmière a également été retenue par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son examen du 30.04.2012. Par rapport à son examen, nous constatons une stabilité de la flexion lombaire, avec un Schober qui est resté de 10-13 cm. La DDS [distance doigts-sol] s'est légèrement améliorée, passant de 35 cm à 25 cm. La mobilité de la hanche G [gauche] s'est améliorée avec une flexion passant de 110° à 120° et une abduction restant stable. L'examen clinique de ce jour ne montre donc pas d'aggravation significative par rapport à l'examen du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 30.04.2012 ; nous constatons plutôt une légère amélioration. Il n'y a donc pas lieu de modifier son appréciation concernant la capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'assurée décrit la survenue d'une lombalgie aiguë suite à un stage de caissière effectué à [...] en 2013. Elle dit qu'elle devait rester assise pendant 4 heures d'affilée. Une telle activité n'est pas adaptée aux

limitations fonctionnelles. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ indiquait déjà dans son examen du 19.11.2009, que l'assurée doit éviter les positions statiques prolongées tant debout qu'assise. Cette décompensation des douleurs lombaires justifie un arrêt de travail total dans toute activité depuis le 25.04.2013 (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_, médecine interne, daté du 10.06.2013). Cette IT [incapacité de travail] s'est poursuivie jusqu'au 04.04.2014, date de la fin du séjour dans l'unité de réhabilitation du DAL [Département de l'appareil locomoteur], où il a été constaté que l'assurée peut marcher de manière autonome, sans moyen auxiliaire sur une distance illimitée, qu'elle peut rester debout en statique pendant 15 minutes et assise pendant 1 heure (cf. rapport du Dr V. \_\_\_\_\_, médecin orthopédiste, médecine physique et réadaptation, du 06.05.2014). Dans son rapport du 01.10.2014, le Prof. C. \_\_\_\_\_ indique qu'il est difficile d'avoir une capacité de travail supérieure à 30 ou 50% dans

- 15 - une activité sédentaire. Il relève des facteurs socioprofessionnels qui rendent la situation complexe. Ces facteurs non médicaux ne doivent pas être pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail. D'autre part, le médecin relève une amélioration de l'état clinique, avec une très bonne mobilité de la hanche, un rachis sans gros troubles statiques, une marche relativement symétrique. Cette amélioration objective de l'état de santé ne se traduit toutefois pas par une augmentation de la capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Prof. C. \_\_\_\_\_ estimait la capacité de travail à un vague 30% avant que l'assurée puisse bénéficier du séjour de réadaptation au DAL [Département de l'appareil locomoteur] (cf. rapport du 11.09.2013) et il maintient la capacité de travail dans l'activité adaptée à 30 ou 50% dans son rapport du 01.10.2014. Dans ce contexte, nous nous écartons de son évaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés liées à l'emploi et au chômage, qui ne représente pas une pathologie à caractère incapacitant. En conclusion, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. Limitations fonctionnelles Colonne lombaire : port de charges sup. à 5 kg, marche au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, debout au-delà de 15 minutes, position en porte-à-faux, activité penchée en avant, mouvements répétitifs de rotation/flexion/extension lombaires. Hanches : activité en zone basse, position en porte-à-faux, marche au-delà de 15 minutes, position assise au-delà de 1 heure, position debout au-delà de 30 minutes, choc au niveau de la prothèse p.ex. lors de saut. Il n'y a pas de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. • L'âge, la démotivation et les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical. Depuis quand y'a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une IT [incapacité de travail] de 100% dans l'activité d'aide-infirmière depuis le 01.10.2011 (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 30.04.2012). Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

- 16 - Sur le plan ostéoarticulaire, il est resté stable dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est totale à l'exception d'une IT [incapacité de travail]

à 100% du 25.04.2013 (cf. rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 10.06.2013) au 04.04.2014 (cf. rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 06.05.2014). Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire dans le cadre de l'atteinte dégénérative et par la tolérance mécanique des hanches dans le cadre d'une dysplasie congénitale à D [droite] et d'une prothèse totale à G [gauche]. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE Dans l'activité habituelle : 0% sur le plan ostéoarticulaire. Dans une activité adaptée : 100% sur le plan ostéoarticulaire. Depuis le : février 2012. Cette date prend en compte le temps de convalescence nécessaire après la nouvelle intervention chirurgicale à la hanche G [gauche] (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 30.04.2012).” Au terme d'un avis du 13 mars 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié à l'opinion des Drs R. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_, retenant que les diagnostics de lombalgies chroniques non déficitaires (dans le cadre d'une discarthrose sévère en L2-L3 avec rétrolisthésis de degré I et arthrose étagée des articulations postérieures ; M54.5) et de dysplasie de hanches bilatérale, avec pose d'une prothèse totale de hanche gauche en 2009 et révision acétabulaire en 2011 (Q65.1), justifiaient depuis février 2012 une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité d'aide-soignante en EMS, mais une capacité de travail résiduelle de 100% dans une activité adaptée sur le plan ostéoarticulaire, à l'exception d'une totale incapacité de travail dans toute activité du 25 avril 2013 au 4 avril 2014. Dans un rapport du 30 septembre 2015 à l'OAI, le Professeur C. \_\_\_\_\_ a fait part des constatations suivantes au terme d'une consultation du 22 septembre 2015 de l'assurée : “La hanche évolue de manière relativement favorable. Par contre, le problème de la décompensation des troubles dégénératifs lombaires liée à cette longue évolution d'une luxation haute appuyée reste problématique, avec une restriction de la capacité de travail d'au moins 50% et des douleurs et sciatiques à droite.”

- 17 - Dans un avis du 21 octobre 2015, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le Professeur C. \_\_\_\_\_ ne précisait pas l'activité de référence ni le détail des limitations fonctionnelles durables. Les problèmes orthopédiques évoqués avaient par ailleurs déjà été pris en compte lors de l'examen au SMR du 20 janvier 2015. Le Professeur C. \_\_\_\_\_ n'attestait en conséquence aucune aggravation notable de l'état de santé, de sorte que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée demeurerait inchangée depuis l'examen pratiqué au SMR début 2015. Le 14 janvier 2016, l'OAI a soumis à l'assurée un projet d'acceptation de rente, à la teneur suivante : “Résultat de nos constatations : Vous exerciez l'activité d'aide-infirmière à 50%. Selon nos observations, vous auriez exercé cette activité à 100% si vous n'aviez pas été atteinte dans votre santé afin de subvenir à vos besoins. Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 21 juillet 2011. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20]. A l'échéance du délai en question, soit le 21 juillet 2012, et après consultation de votre dossier par le Service Médical Régional, nous constatons que votre incapacité de travail est totale dans votre activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou semi-sédentaire, éviter le port de charges et les travaux penchée en avant ou en porte-à-faux). Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé, soit CHF 62'686.00 avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée. [...] En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches

physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'112.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, TA1 ; niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7

- 18 - heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'286.76 (CHF 4'112.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'441.12. [...] Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité est justifié. Le revenu annuel d'invalidité s'élève ainsi à CHF 46'297.01.

Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 62'686.00 avec invalidité CHF 46'297.01  
La perte de gain s'élève à CHF 16'388.99 = un degré d'invalidité de 26.14% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente. Le 25 avril 2013, en raison de l'aggravation de votre état de santé, vous présentez à nouveau une pleine incapacité de travail dans toute activité et ceci jusqu'au 4 avril 2014. Durant cette période, votre degré d'invalidité est donc de 100%. Le droit à la rente est ouvert lorsque vous présentez une incapacité de travail moyenne d'au moins 40% durant une année entière. Dans votre situation, pour remplir cette condition, nous pouvons prendre en considération le degré d'invalidité de 26.14% durant les 296 jours précédents l'aggravation de votre état de santé ainsi que 69 jours depuis le 25 avril 2013. L'incapacité de travail moyenne atteint donc 40% le 2 juillet 2013. C'est donc à partir de ce mois que le droit à un quart de rente vous est reconnu. En application de l'article 88a RAI [Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201] précité, le droit à la rente entière doit vous être reconnu trois mois plus tard, soit dès le 1er octobre 2013 puis supprimé au 31 juillet 2014, soit trois mois après la date à laquelle nous pouvons à nouveau raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité adaptée à plein temps. Notre décision est par conséquent la suivante : Du 1er juillet au 30 septembre 2013, le droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 40%, vous est reconnu. Du 1er octobre 2013 au 31 juillet 2014, le droit à une rente entière, basé sur un degré d'invalidité de 100%, vous est reconnu." Les 8 février et 4 avril 2016, l'assurée, par sa protection juridique, a fait part de ses objections à ce projet.

- 19 - Au terme d'un avis « Audition » du 30 mai 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a pris position comme il suit sur la contestation de l'assurée : “[...] D'un point de vue médical, il n'est fait état d'aucun fait nouveau, ni d'aggravation depuis l'examen de l'assurée au SMR début 2015. Il n'y a donc pas de raison de modifier notre position.” Le 28 juillet 2016, l'OAI a maintenu sa position. D. Par acte du 1er septembre 2016, U.\_\_\_\_\_, toujours représentée par DAS Protection Juridique SA, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, contre la « décision » du 28 juillet 2016, en concluant avec dépens à sa réforme, une rente entière d'invalidité lui étant allouée dès le 1er juillet 2012. Subsidiairement, elle a conclu à la modification de la période d'octroi de rente pour « que celle-ci respecte les conclusions de l'expertise diligentée sur mandat de l'Office AI, soit depuis le 25 avril 2013 ». Plus subsidiairement, elle a conclu à la réforme de la décision querellée en ce sens qu'elle a droit à une demi- rente depuis le 1er juillet 2012. Elle a conclu encore plus subsidiairement à la mise en œuvre par l'OAI de « mesures professionnelles plus abouties » pour déterminer sa capacité de travail « réelle ». Elle a pour l'essentiel relevé que les rapports médicaux au dossier faisaient tous état d'une capacité de travail à hauteur de 50% au maximum, et ce depuis 2008. Elle s'est également étonnée que malgré l'augmentation de ses limitations fonctionnelles au fil des ans, les médecins du SMR

persistent à considérer que sa capacité de travail dans une activité adaptée était entière. Elle a encore fait valoir que les mesures professionnelles et de réadaptation ont été insuffisamment diligentées, dans la mesure notamment où un poste de caissière lui a été proposé, alors que celui-ci ne tenait pas compte de ses limitations fonctionnelles. Dans ce cadre, elle s'est également plainte que les mesures aient été « abandonnées sans motif » et jamais remises en place. Dans un autre grief, elle a déploré que le pourcentage lié aux incapacités ménagères n'ait pas été pris en compte. Elle s'est en outre interrogée sur le fait que passé le 31 juillet 2014, une pleine capacité de travail lui avait été reconnue « négligeant la part d'incapacité reconnue

- 20 - pour l'activité ménagère » et les rapports médicaux. Elle a également relevé qu'à ses yeux, il n'existait aucune activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a en outre fait valoir que le rapport d'expertise « conclu[ait] à l'octroi d'une rente entière depuis le 25 avril 2013 », ce qui n'avait pas été pris en compte. Elle a enfin déploré que l'avis juriste du 8 juin 2009 ait été ignoré. Avec son recours, la recourante a notamment produit : - un rapport du 4 avril 2016 adressé à son conseil par le Professeur C. \_\_\_\_\_ qui ne figure pas au dossier en mains de l'OAI. Il en ressort les diagnostics de séquelles de luxation congénitale haute appuyée de la hanche gauche, de status après arthroplastie avec reconstruction acétabulaire, de status après usure prématurée de la cavité acétabulaire prothétique, de status après révision de l'acétabulum et de lombosciatalgies chroniques secondaires. Ce chirurgien orthopédique a estimé la capacité de travail de l'assurée nulle (ou au moins avec un rendement diminué) dans son activité habituelle, et à 50% au maximum dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : restriction de port de charges, horaire de travail limité à 50%, pas de station assis ou debout prolongée et pas de travail en position inconfortable ; - un rapport du 9 octobre 2016 du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant depuis le 1er janvier 2014, qui atteste que sa patiente présente une invalidité d'« au moins 50% » justifiant à ses yeux l'octroi des prestations litigieuses. Ce praticien retient les diagnostics invalidants d'état dépressif chronique d'intensité modérée à sévère sans symptômes somatiques, de troubles dégénératifs sévères au niveau de la colonne avec douleurs chroniques (de type lombosciatalgique non déficitaire), de douleurs de hanche chronique avec coxarthrose (s/p arthroplastie et révision au niveau de la hanche gauche et début de pathologie au niveau droit), de vertiges d'origine multifactorielle chronique ainsi que d'insuffisance chronique des membres inférieurs. La capacité de travail de l'assurée en tant qu'aide-infirmière était nulle. Moyennant une

- 21 - formation idoine et un soutien de ses thérapeutes, sa capacité de travail dans une activité adaptée pouvait être de 30 à 50%. La décision formelle d'octroi de prestations est intervenue le 26 septembre 2016. Dans sa réponse du 26 octobre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures des 18 novembre et 6 décembre 2016. 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 (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1 et 57 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). b)

En l'espèce, le recours est recevable (cf. art. 61 let. b LPGA notamment). c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

- 22 - 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus exactement à une rente d'un taux supérieur à celui reconnu, et subsidiairement à des mesures d'ordre professionnel, singulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. 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 se définit 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 (cf. art. 6 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

- 23 - interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). b) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA), l'impotence (cf. art. 9 LPGA) ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être

examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies. Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b ; cf. TF 9C\_67/2009 consid.

- 24 - 1.2). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV no 70 p. 204 consid. 3a et les références ; Meyer-Blaser, *Rechtprechung des Bundesgerichts zum IVG*, p. 259). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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

- 25 - conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance- invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA (cf. TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, 8C\_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2 et 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux

on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et

- 26 - enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). 4. a) En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la troisième demande de prestations de l'assurée. Il lui a reconnu le droit à une rente limitée dans le temps, étant établi que la situation de l'intéressée s'est modifiée depuis la dernière décision en force reposant sur un examen complet du droit aux prestations, savoir celle du 17 mai 2010. A cette époque en effet, une capacité de travail de 50% demeurait exigible dans son activité habituelle de l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport d'examen du 10 décembre 2009). Désormais toutefois, tous les médecins s'accordent sur le fait que l'activité habituelle d'aide-infirmière n'est plus adaptée. L'OAI s'est en l'occurrence en particulier fondé sur le rapport d'examen des Drs R.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ du SMR du 27 février 2015 pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sous réserve d'une période de totale incapacité du 25 avril 2013 au 4 avril 2014. C'est sur cette base que l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente limitée dans le temps, savoir un quart de rente du 1er juillet au 30 septembre 2013, puis une rente entière du 1er octobre 2013 au 31 juillet 2014.

- 27 - La recourante, de son côté, conteste être en mesure d'œuvrer à plein temps, en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soit en particulier ceux du Professeur C.\_\_\_\_\_ et du Dr F.\_\_\_\_\_. b) Il est établi que sur le plan somatique, la recourante présente des atteintes principales à deux niveaux, à savoir celui de la hanche, d'une part, et au niveau du rachis, d'autre part. Dans ce cadre, la recourante a fait l'objet d'un premier examen en avril 2012 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, qui a estimé que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide-infirmière, mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges, en évitant les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, de courts déplacements à plat étant possibles). Toutefois, à la suite de cet examen, une discopathie sévère L2-L3 a notamment

été mise en évidence (cf. rapport du 11 avril 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_). Le 3 mai 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_, ancien médecin traitant, a estimé que la situation de sa patiente se péjorait et a estimé que la poursuite des mesures de reclassement était contre-indiquée, mettant pour le surplus en avant le 10 juin 2013 l'aggravation des lombalgies. Le 2 septembre 2013, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'OAI que sa patiente était prise en charge par la consultation du dos à l'Hôpital orthopédique, et qu'elle était en arrêt de travail depuis le 25 avril 2013, ledit arrêt faisant suite à un stage de caissière qui avait entraîné une aggravation des lombalgies. Le 11 septembre 2013, le Professeur C. \_\_\_\_\_ a expliqué que sa patiente serait évaluée par le Dr V. \_\_\_\_\_, estimant qu'une prise en charge fonctionnelle pourrait améliorer le confort quotidien de l'intéressée, dont la capacité de travail était extrêmement restreinte face à l'échec de la tentative de réinsertion en qualité de caissière. Le 23 octobre 2013, le Professeur C. \_\_\_\_\_ a constaté une péjoration des lombalgies, estimant la capacité de travail dans une activité adaptée à 50%. Finalement, l'assurée a été prise en charge auprès du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV du 17 mars au 4 avril 2014. Toutefois, à l'issue de ce séjour, le Dr V. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée, plutôt

- 28 - sédentaire et sans port de charges. Le 1er octobre 2014, le Professeur C. \_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail de 30 à 50% au maximum dans une activité adaptée sédentaire. Certes, l'assurée a été examinée par les Drs R. \_\_\_\_\_ et I. \_\_\_\_\_ du SMR, les 20 janvier et 26 février 2015. Les conclusions de ces médecins, selon lesquelles l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée à plein temps, sont toutefois mises à mal par l'ensemble des autres médecins ayant examiné l'assurée, y compris des spécialistes, tels le Professeur C. \_\_\_\_\_ et le Dr V. \_\_\_\_\_. Il est vrai que les facteurs socioprofessionnels mentionnés par le Professeur C. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1er octobre 2014 n'ont pas à être pris en considération pour établir la capacité de travail de la recourante. Toutefois le seul fait que lesdits facteurs aient été évoqués ne permet pas encore d'écarter purement et simplement l'appréciation du Professeur C. \_\_\_\_\_. En outre, à l'issue du séjour de réadaptation dont l'assurée a bénéficié au DAL, sa capacité de travail est demeurée de 50%, ainsi que l'a observé le Dr V. \_\_\_\_\_. Les motifs ayant conduit les médecins du SMR à écarter l'appréciation du Professeur C. \_\_\_\_\_ du 1er octobre 2014 ne sont dès lors pas suffisants ni suffisamment motivés. Lesdits médecins ne se sont au demeurant pas penchés sur les observations du Professeur C. \_\_\_\_\_ du 30 septembre 2015, qui a mis en évidence le fait que si la hanche évoluait de manière relativement favorable, le problème de la décompensation des troubles dégénératifs lombaires liée à cette longue évolution d'une luxation haute appuyée restait problématique, avec une restriction de la capacité de travail de 50% au moins. Le Professeur C. \_\_\_\_\_ a répété le 4 avril 2016 que la capacité de travail de l'assurée était au maximum de 50%. Le nouveau médecin traitant de l'assurée, le Dr F. \_\_\_\_\_, a lui aussi estimé que seule une activité au taux de 30 à 50% était envisageable. Ainsi les avis médicaux au dossier viennent par conséquent contredire l'appréciation des médecins du SMR.

- 29 - Il en résulte que des investigations complémentaires s'imposent au niveau somatique. Au niveau psychique, des diagnostics avec effet sur la capacité de travail ont été posés par le Dr F. \_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant de l'assurée. La recourante a toutefois débuté en janvier 2015 une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que d'une psychologue, dans le cadre d'une psychothérapie déléguée. Cette dernière a fait savoir à la recourante qu'elle avait besoin d'un suivi psychiatrique auprès d'un

psychiatre, mais que le Dr M. \_\_\_\_\_ était trop occupé (cf. rapport d'examen SMR du 27 février 2015 p. 6). La recourante a ensuite entrepris un suivi auprès du Dr O. \_\_\_\_\_, psychiatre. Aucun questionnaire médical n'a toutefois été adressé aux spécialistes précités. c) Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause demeure lacunaire sur le plan médical, tant au niveau somatique que psychiatrique. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le point de savoir si la recourante présente ou non une atteinte à la santé se répercutant négativement sur sa capacité de travail. 5. La recourante conteste également son statut. Or dans le formulaire qu'elle a complété le 9 juin 2008, la recourante a répondu qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme aide-infirmière pour des raisons financières et par intérêt personnel. L'enquêtrice a en outre retenu dans son rapport du 16 janvier 2009 un statut de 100% active de l'assurée depuis janvier 2009. Dans ce contexte, l'assurée avait déclaré qu'elle n'aurait aucune difficulté à travailler à 100%. Compte tenu de l'âge de ses filles, ce statut de 100% active n'est au demeurant pas critiquable et doit être confirmé, en rappelant qu'il convient en outre selon la jurisprudence d'accorder la préférence en présence de versions différentes et contradictoires aux premières déclarations (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C\_591/2015 du 19

- 30 - janvier 2016 consid. 5.3 et 8C\_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3). 6. Au final, il appert que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (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, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire. Ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il

- 31 - se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - 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. Il y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique au sens de l'art. 44 LPGA, les experts étant libres de s'adjoindre au besoin les

services d'un autre spécialiste. Il appartiendra ensuite à l'office de rendre une nouvelle décision. c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant l'argumentaire de la recourante. 7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, 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'OAI.

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