

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. de Goumoëns, assesseur
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Manuel Mouro, avocat à Carouge,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; 4, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un diplôme d'infirmière en soins généraux (1996) et d'un certificat de capacité d'infirmière anesthésiste (2001), a travaillé depuis janvier 2002 à 100% en qualité d'infirmière anesthésiste au Centre hospitalier universitaire R. _____ (ci-après : Centre hospitalier universitaire R. _____). Rencontrant des problèmes de dos depuis l'adolescence, elle a présenté des périodes d'incapacité de travail dès 2008.

Le 15 juillet 2010, le Centre hospitalier universitaire R. _____ a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de détection précoce compte tenu des hernies lombaires et cervicales présentées par l'assurée.

A l'issue d'un entretien de détection précoce le 27 juillet 2010, l'assurée a déposé le 30 juillet 2010 une demande de prestations AI auprès de l'OAI tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle en raison d'hernies cervicales (2), lombaires (2) et de discopathies multiples.

Dans un formulaire 531bis rempli par l'assurée le 10 août 2010 à l'attention de l'OAI, elle a indiqué qu'elle travaillerait à 100% en qualité d'infirmière anesthésiste si elle était en bonne santé.

Par courrier du 16 août 2010, la Dresse D. _____, médecin associée au Département [...] du Centre hospitalier universitaire R. _____, a informé l'OAI qu'elle n'avait examiné l'assurée qu'une seule fois le 22 juin 2010. Le rapport médical y relatif du 28 juin 2010, adressé au Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, était joint à son envoi. Selon ce document, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire d'août 2008 avait montré une volumineuse hernie discale paramédiane gauche en

L3/L4, luxée vers le bas, créant une contrainte avec la racine L4 gauche, une petite hernie discale médiane L5/S1, ainsi qu'une arthrose postérieure L4/L5 prédominant à droite. Il était également indiqué que l'IRM cervicale de février 2010 avait révélé une petite hernie discale paramédiane gauche surtout foraminale C5/C6 en contact avec la racine C6 gauche, une minime discopathie C4/C5, ainsi qu'une petite hernie discale paramédiane droite C5/C6. La Dresse D. _____ a en outre relevé ce qui suit :

« **Examen clinique :**

Bon état général chez une patiente qui pèse 75 kg pour une taille de 172 cm. Elle se déplace à l'aise sans boiterie. Elle peut marcher sur la pointe des pieds et sur les talons.

A l'examen de la statique, on note une très discrète scoliose dorso-lombaire compensée. Aucune douleur n'est déclenchée à la palpation ou à la percussion du rachis.

La mobilisation cervicale est discrètement limitée en rotation, mais de façon symétrique (60° ddc), déclenchant de discrètes douleurs cervicales basses à gauche. Les flexions latérales sont de 25° ddc, déclenchant également des douleurs cervicales basses à gauche.

Au niveau lombaire, le Schöber est de 10/14 cm et la DDS de 0 cm. Les mouvements de latéroflexion sont discrètement limités, entraînant des douleurs lombaires basses, irradiant vers l'éventail fessier à droite.

La manoeuvre de Lasègue est négative ddc. Il n'y a pas d'hypoextensibilité musculaire des chaînes postérieures ou antérieures.

L'examen neurologique ne montre rien de spécial au niveau des membres supérieurs. Au niveau des membres inférieurs, mentionnons l'absence du réflexe rotulien gauche et une hypoesthésie discrète au toucher/piquer sur la face interne de la jambe gauche.

Excellente force musculaire. »

A l'issue de l'examen médical, la Dresse D. _____ a conclu que la patiente ne présentait plus de syndrome irritatif et qu'elle avait pu reprendre ses activités sportives et son activité professionnelle à temps partiel. Elle préconisait un traitement intensif et multidisciplinaire sur trois semaines (gestion de la douleur, apprentissage des mesures de protection lombaire et programme sportif notamment).

Dans un rapport du 24 août 2010 à l'OAI, les Drs J._____, médecin-chef, et L._____, chef de clinique du secteur [...] au Centre hospitalier universitaire R._____ ont posé les diagnostics de :

- Lombalgie chronique avec :
 - o hernie discale paramédiane gauche L3-L4 luxée vers le bas avec contrainte sur la racine L4 gauche
 - o hernie discale médiane L5-S1 et discopathie lombaire multi-étagée
 - o status post-lombosciatalgie aiguë déficitaire en 2008, traitée conservativement
- Cervico-brachialgie gauche avec fourmillements et hyperesthésie du territoire C6 sur hernie discale C5-C6 paramédiane gauche avec contrainte sur la racine C6 gauche. Hernie discale paramédiane droite C5-C6 ainsi qu'une minime hernie discale droite et gauche C4-C5.

Ces médecins ont conclu à une incapacité de travail totale de l'assurée dans l'activité habituelle d'infirmière anesthésiste. Elle ne parvenait plus à effectuer les tâches liées à son activité, à savoir surveiller l'anesthésie des patients au bloc opératoire (en garantissant le contrôle de différents indicateurs au niveau de l'utilisation des gaz anesthésiants, des paramètres vitaux des patients et de leur intubation). Elle présentait en outre de nombreuses limitations fonctionnelles liées à la manutention de charges manuelles et aux postures de travail contraignantes et statiques. Par ailleurs, l'évolution de son état de santé était défavorable du point de vue de la fréquence et de l'intensité des épisodes de lombalgies, auxquels s'ajoutait une atteinte cervicale. Ainsi, depuis la reprise de son activité à 50% le 22 mars 2010, elle avait été temporairement affectée à des tâches d'enseignement.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 25 août 2010, le Centre hospitalier universitaire R._____ a indiqué que l'assurée réalisait un revenu annuel brut de 98'083 fr. depuis le 1^{er} janvier 2010. L'employeur a également listé les différentes périodes d'incapacité de

travail, soit : une incapacité de travail totale du 30 janvier au 2 février 2009, du 24 au 26 avril 2009, du 16 au 21 juin 2009, du 19 au 30 août 2009, du 25 au 27 septembre 2009, du 9 au 13 janvier 2010 et du 1^{er} février au 21 mars 2010, puis de 50% dès le 22 mars 2010 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 27 août 2010 à l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics de discopathies sévères pluri-étagées L3-L4-L5-S1 et une colonne lombaire symptomatique depuis 1991, des cervicalgies sur discopathies C4-C5-C6 existant depuis début 2010, des hernies discales L3-L4, L5-S1, C5-C6, ainsi qu'un status après de nombreuses infiltrations facettaires et épidurales. Ce médecin a estimé que dans l'activité habituelle sa patiente ne pouvait plus porter des patients, pousser des appareils, tenir des positions penchées en avant comme pour des réanimations, se baisser pour ajuster des dosages de médicaments aux pompes et ventiler selon la position. Il a évalué les limitations fonctionnelles comme suit : activité autorisant l'alternance des positions, le port de charge limité à 6 kg, mais évitant la marche en terrain irrégulier, le fait de se pencher, s'accroupir, travailler à genoux ou en rotation du tronc, monter sur une échelle ou échafaudage, ainsi que le travail avec les bras au-dessus de la tête un court instant. Le Dr P._____ a conclu que l'activité habituelle de l'assurée n'était plus exigible et constaté qu'une reconversion professionnelle dans l'enseignement était envisagée par sa patiente.

Par communication du 15 septembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge un cours de formation sous la forme d'un bilan de compétences du 2 septembre au 1^{er} octobre 2010.

Le Dr T._____, spécialiste en anesthésie au Centre [...] à la Clinique B._____, a transmis à l'OAI son rapport du 18 novembre 2010 établi à l'attention du Dr P._____ (cf. courrier du 23 novembre 2010 à l'OAI). Dans ce document, il a apprécié la situation comme suit :

« **Appréciation** :

Mme M. _____ est donc une jeune patiente qui souffre depuis de nombreuses années de lombalgies et qui radiologiquement présente une discopathie sévère en L4-L5 et en L5-S1, une protrusion discale L3-L4, L4-L5 est présente, une dégénérescence de type Modic I et II est présente en L4-L5. Les autres examens ont été effectués par mes collègues et les différentes approches conservatrices entreprises par vous-même. Dans l'histoire de Mme M. _____ on doit déterminer si l'origine de la douleur est principalement discale ce que j'ai fait. Mme M. _____ a subi de ma part une discographie au niveau L4-L5, L5-S1 et L2-L3. Le disque L2-L3 est le disque contrôle sain. La discographie effectuée le 7 septembre 2010 démontre un discogramme L2-L3 tout à fait normal et aucune douleur n'est ressentie à la pression générée. Au niveau L4-L5, 1 ml de volume injecté génère une pression non maintenue dans le disque, une fuite tout à fait nette est visible dans l'espace péri-dural, une douleur à 4/10 est générée mais n'est pas reconnue comme typique de la douleur habituelle par la patiente. Au niveau L5-S1 par contre, la douleur ressentie est de 5/10 tout à fait semblable à la douleur que la patiente ressent habituellement. Ceci signe donc une douleur d'origine discale L5-S1 et c'est dans ce cadre que j'ai ensuite effectué une discectomie percutanée à ce niveau. Nous le savons, la discectomie a un pronostic relativement favorable d'environ 60 à 70% des cas. Le résultat dans mon expérience est de deux types. Une partie des patients dont les caractéristiques ne sont pas définissables avant l'intervention malheureusement réagissent immédiatement de manière favorable et sont bien dès le lendemain de l'intervention. Certainement ces patients sont les patients dont l'origine est une hyperpression intradiscale qui est libérée lors de la discectomie. Les autres patients évoluent de deux manières ou progressivement bien sur une période de 3 à 4 mois ou n'obtiennent pas de résultat de cette intervention. Mme M. _____ que je revois un mois après l'intervention ne décrit pas une amélioration claire et je pense que nous devons donc attendre 3 à 4 mois pour savoir dans quelle catégorie la placer, j'espère vraiment que son évolution sera progressivement favorable dans les semaines à venir.

Je ne peux donc actuellement pas me prononcer sur la suite de son évolution, je l'ai autorisée à reprendre une activité physique y compris sportive modérée.

[...]. »

Dans un avis du 31 janvier 2011, la Dresse G. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et spécialiste en médecine interne générale, a retenu que l'activité habituelle de l'assurée était exigible à taux maximal de 50%, alors qu'une activité adaptée semblait pleinement exigible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité exercée principalement en marchant, port de charge de 5 kg au maximum, activité évitant la position assise/debout prolongée ou en rotation du tronc, se pencher, s'accroupir ou se mettre à genoux, monter sur une échelle ou un échafaudage.

Dans un rapport SMR du 11 mars 2011, la Dresse G. _____ a précisé que l'assurée présentait dans l'activité habituelle une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} février 2010, puis à 50% dès le 22 mars 2010. Elle présentait en revanche une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 22 mars 2010.

Par communications du 9 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée un reclassement professionnel à l'Université U. _____, [...] à [...] du 1^{er} novembre 2011 au 31 août 2013, à un taux de 60%. Elle a été mise au bénéfice d'indemnités journalières.

Dans une communication du 18 novembre 2011, l'OAI a informé qu'il prenait en charge les frais inhérents à la formation de l'assurée, notamment ceux liés à l'achat de manuels.

Dans sa lettre du 24 avril 2013 à l'OAI, le Dr P. _____ a signalé que les problèmes de dos de sa patiente s'étaient aggravés depuis octobre 2012, l'obligeant à prendre du Targin quotidiennement. Il a mentionné qu'elle envisageait un poste d'infirmière clinicienne spécialisée à la fin de sa formation (en été 2013), estimant sa capacité de travail à 60%.

Dans un avis du 1^{er} juillet 2013, le Dr Q. _____, médecin au SMR et spécialiste en néphrologie, a relevé ce qui suit :

« Le présent avis fait suite à la correspondance du médecin traitant déclarant une aggravation de l'atteinte à la santé probablement relative aux lombalgies chroniques depuis octobre 2012.

Il signale également que l'assurée en cours de reconversion professionnelle avec un master en sciences infirmière qui sera achevé cet été. La CT [capacité de travail] actuelle est estimée à 60% (Dr P. _____ Médecine Générale 24.04.2013).

Selon le RM [rapport médical] SMR la CT retenue était de 50% dans l'activité habituelle d'infirmière et de 100% dans une activité adaptée aux LF [limitations fonctionnelles] vis-à-vis des postures et mouvements d'épargne de la colonne cervicale et lombaire (Dr G. _____ 11.03.2011).

Hormis la prise désormais quotidienne d'antalgiques le caractère objectif de l'aggravation n'est pas précisé par le Dr P._____. Afin de pouvoir nous déterminer, il serait utile que nous soient communiqués :

- les éléments d'avis spécialisé et/ou d'investigations complémentaires depuis la date de l'aggravation mentionnée
- les contraintes fonctionnelles de la nouvelle activité projetée à l'issue de la formation de reconversion censée être une activité adaptée pour laquelle la CT devrait en principe être entière.

Au total : les renseignements fournis en l'état ne permettent pas de remettre en cause les conclusions de l'avis SMR du 11.03.2011. »

Le 7 août 2013, l'assurée a informé l'OAI qu'elle s'était inscrite à l'assurance-chômage à compter du 2 septembre 2013, faute de débouché professionnel espéré dans le domaine de l'enseignement.

Dans son rapport final du 2 octobre 2013, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité à 98'083 fr. en 2010, soit 100'361 fr. 55 indexé pour 2012, ainsi que le revenu avec invalidité de 119'600 fr. en 2012 selon l'échelle salariale pour le corps enseignant du canton de Vaud. Il n'y avait ainsi pas de préjudice économique à prendre en compte.

Par courrier du 2 décembre 2013, le Dr P._____ a transmis à l'OAI un rapport médical du 30 novembre 2013 du Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation. Selon ce rapport, l'IRM cervicale et thoracique du 30 septembre 2013 démontrait une atteinte dégénérative discogène pluriétagée cervicale de C4 à C7, avec protrusion discale postérieure responsable d'un léger rétrécissement canalaire, sans compression médullaire. Quant à l'IRM lombaire de juin 2013, elle mettait en évidence une discopathie dégénérative L3-L4 et encore plus importante au niveau L5-S1 avec remaniement ostéomédullaire en miroir de type Modic I, sans conflit disco-radiculaire, mais avec arthropathie postérieure active. A l'examen clinique, le Dr Z._____ a fait les observations suivantes (cf. rubrique « *au status* » du rapport) :

« La patiente pèse 81 kg pour une taille de 170.5 cm, perte de 1,5 cm. Sur le plan postural, le sujet adopte un maintien équilibré, hyper-laxité généralisée. Bassin équilibré dans le plan frontal, et transversal. Triangles brachio-thoraciques identiques. Epaules à

niveau, et équilibrées dans le plan transversal. L'équilibre vertébral est préservé dans le plan frontal. En posture spontanée, on note un morphotype de dos plat. Absence de signe de non organicité. Les aires insertionnelles sont indolores.

A l'examen dynamique, on note les éléments suivants : Le Schober est à 10-15 cm, avec une distance doigt-sol à 0 cm, avec un tiers de course très sensible imposant une prise d'appuis. Ce mouvement génère une gêne bilatérale référée vers le promontoire sacré. L'extension lombaire est possible au dernier 1/3 de la course. Le mouvement combiné en extension-rotation lombaire est possible en fin de course. Ce mouvement induit une gêne bilatérale référée vers le promontoire sacré. Les inclinaisons latérales sont possibles au deuxième 1/3 de la course, sensibles des 2 côtés, avec toujours un arc douloureux, principalement à droite. La mobilité cervicale en flexion-extension s'élève à 1 et 21 cm de distance menton-sternum. La rotation cervicale gauche-droite est de 70°-0°-80°, non sensible. Ces mouvements cervicaux n'induisent pas de nystagmus et n'occasionnent pas de vertige rotatoire.

La palpation segmentaire démontre les souffrances segmentaires suivantes : Perte de viscoélasticité C5/C7, sensible. Trophicité musculaire cervicale dans les normes. Dermographisme thoracique absent. Segment médio-thoracique T6/T8 souple avec participation costale douloureuse. Perte de la viscoélasticité en regard de L3/S1. La musculature autochtone est contracturée, problématique associée à des zones réflexogènes concordantes droites. Présence de tendomyogéloses en cascade au niveau du membre inférieur droit, aux dépens : du moyen fessier, du tenseur du fascia lata, et du gastrocnémien externe. Les sacro-iliaques sont libres. La jonction sacro-coccygienne est indolore.

Membres inférieurs de même longueur. Morphotypes normo-axés. La mobilité des hanches est préservée, disposant d'une valeur de 140°-0°-20° en flexion-extension. Mobilité des hanches en rotation externe-interne de 50°-0°-30°, non douloureuse, limitée par un arrêt élastique. Le mouvement combiné de la hanche en flexion-adduction rotation interne est non douloureux, offrant un arrêt élastique. Bonne extensibilité des muscles pelvi-trochantériens, offrant une adduction horizontale de la hanche qui dépasse largement la verticalité. Les genoux sont secs stables, et bilatéraux. Absence de signes méniscaux. La mobilité des genoux est symétrique. La sollicitation latéro-latérale fémoro-patellaire est indolore des deux côtés, avec un toucher para-patellaire interne indolore. L'engagement patellaire est respecté. Le relief musculaire est dans les normes. Les chevilles sont normo-axées. Bonne extensibilité bilatérale du triceps sural. Les voûtes longitudinales internes sont respectées, des deux côtés. Avant pied dans les normes, des deux côtés. Mobilité du médio-pied préservée. Respect de la palette digitale. La protection plantaire est de qualité, des deux côtés. La démarche est menée de manière harmonieuse.

L'abdomen est plat, souple et symétrique, sans organomégalie. La zone sous-diaphragmatique est souple. Le cadre colique est indolore. Psoas bilatéral indolore. Le muscle transverse abdominal est correctement recruté. Respect de la sangle abdominale, aux dépens des muscles transverses et des obliques. Respect des grands droits. Séquelles cutanées du zona en sous-costal droit.

La manoeuvre jambe tendue peut être portée à 90°, indolore, bilatérale, et non modulée par les tests de Bragard, de Brudzinsky et de Bowstring. Le rétro-Lasègue est négatif, bilatéral, avec une distance talon - fesse de 0 cm. Réflexes : rotulien absent, gauche et achilléen présent, symétrique. Diminution de la sensibilité au niveau de la face interne de la jambe gauche. Respect de la motricité. Les points de Valleix sont négatifs. La mobilisation et mise en tension des structures neuro-méningées au niveau des membres supérieurs est sensible pour le nerf médian et le radial gauche. »

Le Dr Z._____ proposait à l'issue de son rapport une réhabilitation sur trois semaines, et en cas d'échec, une éventuelle spondylodèse L5-S1 susceptible toutefois d'avoir des effets néfastes sur les segments adjacents déjà remaniés. Le Dr P._____ a également joint à son courrier du 2 décembre 2013, son certificat médical du 6 septembre 2013. Il y indiquait les limitations fonctionnelles suivantes :

« Limitation de la durée pour la position assise, la position debout, la marche. Ne peut pas travailler penchée, accroupie, à genoux, avec des rotations du tronc. Le port de charge est estimé à 10 kg maximum. Pas de travail sur des échelles. Sa résistance physique est donc diminuée. Pas de limitations pour les capacités de concentration, de compréhension ou d'adaptation. Sa résistance psychologique est actuellement altérée par les douleurs chroniques, les échecs des multiples traitements médicaux, des démarches interminables et l'impression de n'être pas crue ».

Dans son avis du 16 janvier 2014, le Dr Q._____ a retenu les éléments suivants :

« Le présent avis fait suite à la correspondance du médecin traitant déclarant une aggravation de l'atteinte à la santé probablement relative aux lombalgies chroniques depuis octobre 2012. Il signale également que la CT actuelle est estimée à 60% (Dr P._____ Médecine Générale 24.04.2013). Hormis la prise plus soutenue d'antalgiques, le caractère objectif de l'aggravation n'étant pas précisé par le Dr P._____, nous avons demandé que soit étayée la péjoration rapportée.

Le Dr P._____ joint à son courrier du 2.12.2013, un rapport médical en date du 30.11.2013 rédigé sous forme d'expertise par le Dr Z._____ (FMH Médecine physique et réhabilitation Clinique [...] [...]) et destiné au Dr [...] en vue d'une rééducation intensive au centre de Lavey-Les-Bains. L'examineur rappelle que l'assurée est « *une ancienne sportive de haut niveau qui s'astreint actuellement à une pratique régulière de course à pied à raison de 5 km 4 fois/semaine sur terrain souple* » et signale par ailleurs la prise pondérale récente de 10 kg en 3 ans. La symptomatologie douloureuse est mise sur le compte de mécanismes réflexes accessibles à des mesures de réhabilitation sur 3 semaines en

insistant sur les règles d'hygiène gestuelle et posturale. Quant à la discopathie objectivée à l'IRM lombaire de juin 2013, les données mentionnées s'avèrent en fait nettement moins péjoratives que celles recueillies en 2008, avec en particulier la disparition de la volumineuse hernie discale para-médiane gauche en L3/L4 ; les résultats de l'IRM cervicale du 30.09.2013 confrontés à ceux de février 2010 montrent une stabilité des lésions dégénératives sans atteinte irritative neurogène (RM 28.06.2010 Dr D._____ Med physique et réhabilitation Centre hospitalier universitaire R._____).

Au vu de cette évaluation spécialisée, nous n'avons pas d'arguments pour nous écarter de l'appréciation SMR selon laquelle la CT retenue est de 50% dans l'activité habituelle d'infirmière et de 100% dans une activité adaptée aux LF vis-à-vis des postures et mouvements d'épargne de la colonne cervicale et lombaire (RM 11.03.2011 Dr G._____). »

Le 17 janvier 2014, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Le résultat des constatations exposait ce qui suit :

« Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé en qualité d'infirmière spécialisée, à plein temps, auprès du Centre hospitalier universitaire R._____, d'avril 1996 à fin août 2011.

En raison de problèmes de santé, vous avez présenté les incapacités de travail de longues durées comme suit, selon rapport employeur :

Du	Au	Taux d'incapacité
09.01.2010	13.01.2010	100%
01.02.2010	21.03.2010	100%
22.03.2010	15.06.2010	50%
16.06.2010	16.06.2010	100%
17.06.2010		50%

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50% depuis le 22 mars 2010. Par contre, la capacité de travail est de 100%, depuis mars 2010, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : Port de charges maximum 5 kg, position assise/debout prolongée, se pencher, rotation en position assise/position debout, monter sur une échelle/un échafaudage, activité exercée principalement en marchant, position accroupie/à genoux.

A cet effet, vous avez bénéficié d'un reclassement professionnel et avez obtenu le Master ès Science en sciences infirmières, en septembre dernier. Ainsi, vous êtes en mesure de réaliser à un revenu invalide de CHF 119'600.- (x 13), selon l'échelle salariale pour le corps enseignant du canton de Vaud.

Au vu de ce qui précède, vous êtes reclassée à satisfaction.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu invalide doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 100'361.55 (indexé à 2013, pour un revenu de CHF 98'083, selon rapport employeur du 25.08.2010).

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalide auquel vous pouvez raisonnablement prétendre est aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »

Dans un courrier du 13 février 2014, l'assurée a contesté le projet de décision du 17 janvier 2014. Elle a expliqué que son état de santé s'était aggravé et qu'elle présentait dès lors une capacité de travail de 60% depuis le 1^{er} septembre 2013, de sorte que le revenu d'invalide devait être diminué de 40%, portant ainsi le montant à 71'760 fr. (x 13) et modifiant le droit aux prestations en conséquence.

Par décision du 17 mars 2014, l'OAI a confirmé son projet du 17 janvier 2014. Dans un courrier séparé daté du même jour, l'OAI a répondu au courrier de l'assurée du 13 février 2014, estimant que les éléments invoqués n'étaient pas susceptibles de modifier sa décision.

B. Par acte du 1^{er} mai 2014 de son conseil, M. _____ interjette recours contre la décision du 17 mars 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à l'octroi d'un délai de trois mois pour compléter son recours, et principalement, à la réformation de la décision en ce sens qu'elle a droit à une rente de l'assurance-invalidité, sous suite de frais et dépens. La recourante fait valoir que les avis du SMR ne concordent pas avec les autres avis médicaux versés au dossier et que les activités d'enseignement, telles que visées en réadaptation, ne sont pas adaptées à son état de santé, singulièrement à ses douleurs cervicales. Elle conteste par ailleurs le revenu d'invalide, alléguant qu'il n'est pas établi que l'obtention de son Master lui permette de réaliser un revenu d'enseignante sans le suivi préalable d'une formation pédagogique supplémentaire. La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Enfin, elle

produit un rapport du 8 avril 2014 du Dr H._____, lequel estime que même un traitement d'hypnose ne permettrait pas d'améliorer la capacité de travail de la recourante au point de l'amener à 100% de taux d'activité. Selon lui, la recourante ne présentait de toute évidence ni un tableau hystérieforme, ni un trouble de conversion, ni un trouble somatoforme ou trouble douloureux.

Dans sa réponse du 3 juillet 2014, l'OAI a retenu que le Dr H._____ n'apportait pas d'éléments objectifs nouveaux. Il concluait ainsi au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

Le 25 août 2014, la recourante a répliqué et produit deux documents dont elle affirme qu'ils contredisent les avis médicaux du SMR. Il s'agit notamment du rapport médical du 9 mai 2014 du Dr P._____, lequel maintient l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis fin 2012, et d'un rapport de prise en charge physiothérapeutique du 31 mars 2014. Elle a également réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

L'OAI a soumis ces documents à son service médical. Dans sa duplique du 17 septembre 2014, l'OAI s'est rallié à l'avis médical du Dr V._____, médecin au SMR, du 8 septembre 2014. Selon ce dernier, les documents remis par la recourante ne faisaient état d'aucun nouveau diagnostic, ni atteinte médicale objective nouvelle, et l'aggravation prétendue n'était motivée que par un échec des traitements antalgiques et une augmentation de ceux-ci, ce qui ne permettait pas médicalement de conclure à une aggravation objective. En outre, les limitations fonctionnelles mentionnées étaient celles retenues par le SMR et les éventuelles répercussions de la prétendue péjoration de l'état de santé sur la capacité de travail n'étaient pas objectivées. Il notait également que la pratique régulière de la course à pied par la recourante semblait bon signe, même s'il n'était pas convaincu que cette activité respecte ses limitations fonctionnelles. Enfin, il observait que le Dr H._____ confirmait que la recourante ne présentait aucune pathologie psychiatrique. Dans sa duplique, l'intimé a également relevé que le reclassement de la

recourante lui offrait un panel d'emplois bien rémunérés dont certains étaient adaptés à ses limitations fonctionnelles, faisant notamment référence au poste de responsable qualité et sécurité en bloc opératoire.

Le 10 octobre 2014, la recourante a maintenu sa position et transmis un rapport du 1^{er} octobre 2014 du Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie. Ce médecin constatait la présence d'une arthrose importante de C4 à C7 avec un début de myélopathie en C6-C7, des séquelles de la discectomie percutanée L5-S1 et une petite hernie L4-L5 médiane. Il préconisait l'abstention de toute proposition chirurgicale compte tenu de la chronicité des troubles et des signes de non organicité. La recourante a également transmis une confirmation d'engagement de la part du Centre hospitalier universitaire R. _____ du 14 octobre 2014 en tant qu'infirmière clinicienne spécialisée à 60% pour la période allant du 1^{er} novembre 2014 au 30 avril 2015.

Dans sa détermination du 3 novembre 2014, l'intimé a maintenu sa position et s'est référé à l'avis SMR du 27 octobre 2014 qui retenait l'absence d'élément médical objectif nouveau susceptible de remettre en cause les précédentes constatations.

Le 1^{er} décembre 2014, la recourante a contesté le revenu d'invalidité retenu par l'OAI, estimant qu'il devait être fixé à 60'770 fr. 40, et le revenu sans invalidité indexé à 2014.

Les parties ont maintenu leurs positions respectives dans leurs écritures des 11 décembre 2014 et 16 janvier 2015.

Le 29 janvier 2015, la recourante a transmis les documents suivants :

- une attestation de l'employeur du 19 janvier 2015, mentionnant que le travail de la recourante consiste à rédiger des documents, soutenir l'équipe dans la réalisation de soins techniques au lit des patients et animer des réunions, et qu'une augmentation de ses

heures de travail semblait difficilement concevable, compte tenu des signes de fatigue et de l'exacerbation des douleurs au terme de ses 5h06 de travail journalier. Son activité était partagée à 40% comme cheffe de projet et à 20% en qualité d'infirmière clinicienne spécialisée au lit des patients ;

- un certificat médical du Dr P. _____ du 6 septembre 2013 ;

- un certificat médical du Dr P. _____ du 26 janvier 2015, posant les diagnostics de discopathies lombaires sévères pluri-étagées L3-L4-L5-S1 avec arthrose articulaire postérieure du côté droit et discarthrose, séquelle d'une discectomie percutanée L5-S1, petite hernie discale L4-L5 médiane, discopathies cervicales C4-C5-C6 avec début de myélopathie en C6-C7 et arthrose importante de C4 à C7, ainsi que de spondylose dorsale et hypermobilité articulaire. Ce médecin constatait l'augmentation de la prise d'opiacé depuis la reprise d'une activité, le port de minerve à but antalgique et l'exacerbation des douleurs, estimant que dès lors la recourante ne pouvait augmenter son taux de travail dans l'activité actuelle.

Dans son écriture du 23 février 2015, l'OAI s'est rallié à la position du SMR détaillée dans l'avis médical du 11 février 2015. Il ressortait de ce document que l'activité actuellement exercée par la recourante n'était pas entièrement adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui ne modifiait toutefois pas son point de vue à savoir que la capacité de travail serait entière dans une activité strictement adaptée auxdites limitations.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 c. 2c et 110 V 48 c. 4a ; RCC 1985 p. 53 confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

3. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante, singulièrement sur l'estimation de la capacité de travail à laquelle il a procédé.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1, I 312/2006 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante 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 et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). 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 confidents 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4 ; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002 consid. 2a).

4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. L'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession suppose, entre autres conditions, que l'assuré présente en principe une invalidité permanente ou de longue durée d'un taux de 20% (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et les références ; TF 9C_394/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1). Le droit à une rente d'invalidité est quant à lui subordonné à la condition que l'assuré soit invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. L'appréciation de l'équivalence doit reposer sur une comparaison entre les possibilités de gain offertes par la profession initiale et celles que permet d'entrevoir la nouvelle profession ou une activité que la personne assurée doit raisonnablement pouvoir exercer sur un marché équilibré du travail (cf. art. 16 LPGA ; ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_913/2010 du 20 juin 2011 consid. 3.3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles

que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4, 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

b) Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a). Une mesure de reclassement ne saurait être interrompue de façon prématurée, aussi longtemps que le but de réadaptation visé peut, dans les limites de la proportionnalité, encore être atteint (TF I 34/95 du 21 juillet 1995 consid. 3c).

La personne assurée qui s'est vu allouer par l'assurance-invalidité une mesure de reclassement a droit, selon les circonstances, à des mesures supplémentaires de reclassement. Tel est le cas lorsque la formation prise en charge n'est pas de nature à procurer à la personne assurée un revenu satisfaisant et qu'elle doit recourir à des mesures supplémentaires pour obtenir un gain comparable à celui qu'elle obtenait dans son activité antérieure avant la survenance de l'invalidité. Dans ce contexte, le droit à ces mesures ne dépend pas du fait que le seuil minimal requis pour fonder le droit au reclassement soit atteint (TF I 131/98 du 23 décembre 1998 consid. 3b, in VSI 2000 p. 29).

c) Il y a encore lieu de relever que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI) ou au placement (art. 18 LAI), mesure qui comporte un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et/ou à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Dans le cadre de l'organisation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, il s'agit de cerner la personnalité de l'assuré et de déterminer ses capacités afin de lui permettre de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. L'office AI peut ordonner des stages pratiques ou un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle ou de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (COPAI).

5. a) En l'occurrence, la recourante conteste essentiellement le bien-fondé de la décision dont est recours, estimant qu'elle présentait au-delà du 31 août 2013, soit à l'issue du reclassement professionnel auprès de l'Université U. _____ ([...] à [...]) une capacité de travail partielle, respectivement que son état de santé ne lui permettait d'assumer une activité professionnelle à 100% en raison de la péjoration de son état de santé. L'intimé, quant à lui, considère que la recourante présente une pleine capacité de travail dès le 1^{er} septembre 2013 dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites, à savoir le port de charges de 5 kg au maximum, activité évitant la position assise/debout prolongée, accroupie ou à genoux, se pencher, rotation en position assise/debout, monter sur une échelle ou un échafaudage et pas d'activité exercée principalement en marchant.

b) Il ressort du dossier que la recourante exerçait l'activité d'infirmière anesthésiste depuis janvier 2002 auprès du Centre hospitalier universitaire R. _____, activité qui consistait à surveiller l'anesthésie des patients au bloc opératoire en assurant le contrôle de différents indicateurs au niveau de l'utilisation des gaz anesthésiants, des paramètres vitaux des patients et de leur intubation. Dès 2008-2009, la recourante a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail en raison

de ses problèmes au dos qui s'étaient aggravés. L'IRM lombaire d'août 2008 montrait une volumineuse hernie discale paramédiane gauche en L3/L4, luxée vers le bas, créant une contrainte avec la racine L4 gauche, une petite hernie discale médiane L5/S1, ainsi qu'une arthrose postérieure L4/L5 prédominant à droite. L'IRM cervicale de février 2010 révélait une petite hernie discale paramédiane gauche surtout foraminale C5/C6 en contact avec la racine C6 gauche, une minime discopathie C4/C5, ainsi qu'une petite hernie discale paramédiane droite C5/C6 (cf. rapport de la Dresse D._____ du 28 juin 2010). Les avis des médecins consultés à cette période sont concordants et suffisants : l'activité professionnelle habituelle de la recourante n'est plus exigible. Ainsi, les Drs J._____ et L._____ ont posé dans leur rapport du 24 août 2010 les diagnostics de lombalgie chronique avec hernie discale paramédiane gauche L3-L4 luxée vers le bas avec contrainte sur la racine L4 gauche, hernie discale médiane L5-S1 et discopathie lombaire multi-étagée ; et de cervico-brachialgie gauche avec fourmillements et hyperesthésie du territoire C6 sur hernie discale C5-C6 paramédiane gauche avec contrainte sur la racine C6 gauche, hernie discale paramédiane droite C5-C6 ainsi qu'une minime hernie discale droite et gauche C4-C5. Ils ont estimé que la recourante ne pouvait plus exercer les tâches liées à son activité notamment en raison de la manipulation de charges et de positions contraignantes et statiques, de sorte qu'ils concluaient à une incapacité de travail totale dans l'activité d'infirmière anesthésiste. Ils constataient en outre que la recourante avait été affectée à des tâches d'enseignement depuis la reprise de son activité à 50% le 22 mars 2010. Quant au Dr P._____, médecin traitant de la recourante, il a retenu dans son rapport du 27 août 2010 les diagnostics de discopathies sévères pluri-étagées L3-L4-L5-S1 et une colonne lombaire symptomatique depuis 1991, des cervicalgies sur discopathies C4-C5-C6 existant depuis début 2010, des hernies discales L3-L4, L5-S1, C5-C6, ainsi qu'un status après de nombreuses infiltrations facettaires et épidurales. Il observait que sa patiente ne pouvait plus porter les patients, pousser des appareils, tenir des positions penchées en avant comme pour des réanimations, se baisser pour ajuster des dosages de médicaments aux pompes, ni ventiler selon la position. Selon lui, la recourante ne pouvait dès lors plus exercer son

activité d'infirmière anesthésiste et présentait les limitations fonctionnelles suivantes : alternance de positions, port de charge limité à 6 kg, marche en terrain irrégulier, se pencher, s'accroupir, travailler à genoux ou en rotation du tronc, monter sur une échelle ou échafaudage et travail seulement un court instant avec les bras au-dessus de la tête. Sur cette base, la Dresse G. _____ du SMR a retenu dans ses avis des 31 janvier et 11 mars 2011 que la recourante était, dans son activité habituelle, en incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} février 2010, puis à 50% dès le 22 mars 2010 et qu'elle présentait en revanche à partir de cette date une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (port de charge limité à 5 kg, activité évitant la marche prolongée, la position assise/debout prolongée ou en rotation du tronc, se pencher, s'accroupir ou se mettre à genoux, monter sur une échelle ou un échafaudage).

Dans ce contexte et par communication du 9 novembre 2011, l'OAI a accordé une mesure de reclassement professionnel à la recourante sous forme d'un Master ès Sciences en sciences infirmières auprès de l'Université U. _____ du 1^{er} novembre 2011 au 31 août 2013. Il y a lieu de préciser à ce sujet que la présente procédure n'a pas pour but d'examiner le bien-fondé de l'octroi de cette mesure, laquelle n'est pas litigieuse. Placé sous l'égide de l'[...] ([...]), ce Master a pour objectif de former les diplômés à exercer un rôle de pratique infirmière avancée, en particulier, celui d'infirmière clinicienne spécialisée pour optimiser la qualité des soins, la sécurité des patients et garantir une utilisation efficiente des ressources. Les perspectives professionnelles des diplômés sont multiples : établissements de santé publics ou privés (hôpitaux, établissements médico-sociaux, soins à domicile, etc.), organisations du système de santé, enseignement des sciences infirmières/soins infirmiers, recherche académique (cf. <http://www.unil.ch/sciences-infirmieres/home/menuinst/master-mscsi/informationgenerale.html>).

c) A l'issue du reclassement professionnel, la recourante a fait état d'une aggravation de ses douleurs au dos. Le Dr P. _____ signale en effet dans sa lettre du 24 avril 2013 une péjoration depuis octobre 2012 obligeant sa patiente à prendre du Targin quotidiennement. Il y indique

qu'elle envisage de trouver un emploi en tant qu'infirmière clinicienne spécialisée à un taux de 60%, à défaut de pouvoir travailler davantage. Il n'explique toutefois pas pour quelles raisons il retient ce pourcentage de 60%, lequel est déduit des seules plaintes de sa patiente. Il ne détaille pas non plus les raisons de l'aggravation annoncée et retient par ailleurs en septembre 2013 des limitations fonctionnelles similaires à celles posées en 2010, à la différence qu'il note à présent la limitation des positions prolongées, et non plus l'alternance des positions, ce qui n'atteste cependant pas une détérioration de l'état de santé de la recourante. Le médecin traitant a également transmis un rapport du Dr Z. _____ du 30 novembre 2013, lequel a examiné la recourante. Ce dernier conclut, à l'issue de l'examen clinique, à la présence d'une discopathie dégénérative lombaire et cervicale, sans atteinte irritative neurogène. Il fait état des résultats de l'IRM cervicale et thoracique du 30 septembre 2013 et de l'IRM lombaire de juin 2013. Pour rappel, la première montrait une atteinte dégénérative discogène pluriétagée cervicale de C4 à C7 avec protrusion discale postérieure responsable d'un léger rétrécissement canalaire, sans compression médullaire. Quant à l'IRM lombaire, elle mettait en évidence une discopathie dégénérative L3-L4 et encore plus importante au niveau L5-S1 avec remaniement ostéomédullaire en miroir de type Modic I, sans conflit disco-radiculaire, mais avec arthropathie postérieure active. Le Dr Z. _____ propose une réhabilitation sur trois semaines ou une éventuelle spondylodèse L5-S1 susceptible cependant d'avoir des effets néfastes. En revanche, il ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr Q. _____ du SMR a pris en compte les appréciations médicales des Drs P. _____ et Z. _____ et a estimé à juste titre que la péjoration de l'état de santé de la recourante n'était objectivement pas attestée. Les données de l'IRM lombaire de juin 2013 s'avéraient nettement moins péjoratives que celles recueillies en 2008, avec en particulier la disparition de la volumineuse hernie discale paramédiane gauche en L3-L4 et l'IRM cervicale du 30 septembre 2013 confrontée à celle de février 2010 montrait pour sa part une stabilité des lésions dégénératives sans atteinte irritative neurogène. Il n'y a ainsi pas d'argument pour s'écarter de l'appréciation SMR du 11 mars 2011 retenant une capacité de travail

entière dans une activité adaptée à son état de santé (cf. avis médical du 16 janvier 2014).

Durant la procédure judiciaire, la recourante a produit plusieurs documents, à savoir notamment un rapport du 8 avril 2014 du Dr H._____, des rapports du 9 mai 2014 et du 26 janvier 2015 du Dr P._____, un rapport physiothérapeutique du 31 mars 2014 et un rapport du Dr F._____ du 1^{er} octobre 2014. Ces rapports sont tous postérieurs à la décision attaquée et n'apportent pas d'éléments nouveaux susceptibles de mettre en doute les conclusions du rapport d'examen du SMR du 16 janvier 2014. Ces médecins n'expliquent pas pour quelles raisons l'état de santé de la recourante se serait aggravé après son reclassement, ce qui l'empêcherait d'exercer une activité adaptée à plein temps. Le Dr H._____ écarte en outre une atteinte d'ordre psychiatrique. Enfin, s'agissant de la présence d'une arthrose importante de C4 à C7 avec un début de myélopathie en C6-C7 mise en évidence par le Dr F._____ à sa consultation du 2 juin 2014, la Cour de céans n'est pas compétente pour connaître de ce nouvel état de fait, la recourante étant renvoyée au dépôt d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, le cas échéant.

En conséquence, la Cour de céans retient que la décision du 17 mars 2014 échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} septembre 2013 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que retenues par le SMR.

6. Cela étant, il convient de reprendre le calcul du préjudice économique subi par la recourante.

a) Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des

revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1 et les références citées).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible et se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence ; cf. TF 9C_338/2013 du 14 août 2013 consid. 4.3).

Le revenu d'invalidité doit également être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (Enquête suisse sur la structure des salaires, édictée par l'OFS [Office fédéral de la statistique]) ou sur les

données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération.

b) In casu, la situation économique concrète de la recourante doit être analysée au terme des mesures de reclassement professionnel, soit au 1^{er} septembre 2013.

Pour établir le revenu hypothétique sans invalidité, il convient de se baser sur le rapport établi le 25 août 2010 par l'ancien employeur de la recourante. En 2010, cette dernière a réalisé un revenu de 98'083 fr., soit 100'555 fr. 35 indexé à 2013 (et non pas 100'361 fr. 55 tel que retenu par l'OAI dans la décision attaquée).

Concernant le revenu d'invalidé, l'OAI s'est référé à l'échelle salariale du corps enseignant du canton de Vaud, ce qui apparaît trop spécifique par rapport aux activités accessibles à la recourante. Il convient dès lors de se référer aux données statistiques de l'ESS 2012. Le salaire de référence serait celui de 6'178 fr. (part au treizième salaire comprise), à savoir celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités spécialisées, scientifiques et techniques dans le secteur privé (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de qualification 3 « tâches pratiques complexes nécessitant un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé »). 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 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 6'440 fr. 55 (6'178 fr. x 41,7 / 40), ce qui correspondrait à un salaire annuel de 77'286 fr. 80 à plein temps, soit 77'827 fr. 80 indexé à 2013 (+ 0,7% en 2013).

Comparé au revenu sans invalidité de 100'555 fr. 35, le taux d'invalidité est de 22,6% et n'ouvre pas de droit à une rente d'invalidité.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p.212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

8. a) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 17 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Manuel Mouro (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :