

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Monod et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

P. _____, à Aigle, recourante, représentée par Procap, service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI; 16 LPGA

E n f a i t :

A. a) P._____, née en 1972, albanaise du Kosovo, a commencé une formation de coiffeuse qu'elle a interrompue après 6 mois. En 1998, elle s'est réfugiée une première fois en Suisse avec son mari et leur fille. En juin 2000, la famille a été sommée de retourner au Kosovo et a, une nouvelle fois, émigré pour la Suisse le 21 janvier 2002, en raison de l'insécurité face au conflit et des soins à donner aux enfants asthmatiques (admission provisoire le 13 octobre 2003). Mère de quatre enfants, nés en 1995, 1998, 2000 et 2003, l'assurée n'a jamais exercé d'activité lucrative en Suisse.

En date du 9 juin 2006, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une hernie discale induisant également des problèmes dépressifs. Le 6 juillet 2006, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en qualité de coiffeuse et ce, dès 2002.

Dans un rapport médical du 10 octobre 2006, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et hernie discale L5-S1 gauche avec syndrome radiculaire irritatif, de céphalées de tension et d'état anxio-dépressif dans le cadre d'un syndrome post-traumatique sévère. Il a attesté une incapacité totale de travail depuis mai 2003, soit après sa quatrième grossesse. Un traitement conservateur a été mis en place, l'assurée refusant tout acte invasif, soit une intervention chirurgicale ou des infiltrations périurales à but anti-inflammatoire et antalgique (rapports médicaux des consultations ambulatoires de neurochirurgie des 4 décembre 2003 et 7 juin 2005). Par certificat médical du 17 juin 2005, le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et C._____, psychologue à O._____ à [...] ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et d'état de stress post-

traumatique sous forme d'idées obsédantes à contenu de mort liés aux événements de la guerre provoquant des crises d'angoisse aiguë, un sentiment d'insécurité et de persécution permanent, basé sur une hypervigilance et une généralisation des indices visuels, ainsi que des troubles du sommeil. Même si elle n'avait pas été directement victime de mauvais traitements, l'assurée présentait un tableau clinique aux symptômes et à la gravité tels que ce diagnostic posé était le plus adéquat. En outre, l'assurée était au bénéfice d'un soutien de type psychothérapeutique bi-mensuel depuis le 22 décembre 2004 et pour une durée indéterminée, la médication étant assurée par le Dr B._____. Dans un rapport médical ultérieur, soit du 30 mars 2007, la Dresse W._____, chef de clinique et C._____, psychologue ont indiqué que la patiente souffrait d'un état de stress post-traumatique chronique en amélioration, alors que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, était stationnaire. Elles ont précisé ce qui suit quant à la thérapie et au pronostic de leur patiente :

"Le travail psychothérapeutique en cours porte sur l'élaboration des traumatismes à l'origine des attaques de panique. La symptomatologie anxieuse est plus contenue et se résorbe, la patiente étant capable de s'approprier des stratégies de gestion de l'anxiété.

Les symptômes dépressifs sont entretenus et exacerbés par un vécu de dévalorisation et d'échec systématique en lien avec les difficultés physiques entravant la patiente dans les activités de la vie quotidienne et le soin aux enfants. Leur prépondérance au sein du tableau clinique global est fortement proportionnelle aux difficultés quotidiennes concrètes rencontrées par la patiente en raison de sa problématique somatique".

b) Au vu de ces éléments, l'OAI a requis l'avis de son service médical régional (SMR) afin d'établir notamment les limitations fonctionnelles de l'assurée. Par avis médical du 22 octobre 2007, le Dr H._____, médecin-chef adjoint du SMR, a estimé qu'une expertise bi-disciplinaire (rhumato-psychiatrique) s'imposait, les éléments médicaux étant insuffisants pour permettre de déterminer non seulement les limitations fonctionnelles de cette assurée, mais également la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée en fonction des atteintes à la

santé annoncée, ainsi que l'exigibilité des traitements proposés pour la hernie discale.

Dans un rapport multidisciplinaire du 5 mars 2008, faisant suite à leurs examens cliniques respectifs, les Drs M._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, se sont réunis pour une discussion multidisciplinaire et ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de syndrome vertébral lombaire depuis 1998, de syndrome radiculaire L5 gauche modéré, depuis 2003 environ et de syndrome vertébral dorsal depuis 2007. Ils ont cependant estimé que le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Sur le plan ostéo-articulaire (rapport d'expertise, p. 18), les experts ont constaté que :

"Toutefois, cliniquement, selon les rapports de consultations du K._____ de 2003 et 2005, le LASEGUE, les réflexes et la sensibilité étaient presque identiques aux constatations de ce jour, si l'on excepte le caractère fluctuant des troubles sensitifs. Il existe donc manifestement une discordance entre les plaintes de l'intéressée et les signes cliniques objectivables. Ainsi, les examens radiologiques réalisés (CT-scan de 2003 et 2005) ne correspondent actuellement pas aux constatations cliniques : un syndrome radiculaire S1 n'est plus retrouvé et les discrets troubles de la sensibilité ne concernent aujourd'hui que le dermatome L5, ceci de manière atypique car pas franchement radiculaire. Dans ce contexte, il n'est pas possible de retenir le diagnostic de hernie discale L5-S1 comme le seul facteur responsable des troubles actuels. Une surcharge fonctionnelle est hautement vraisemblable, comme en témoigne indirectement la présence de nombreux signes de non-organicité de WADDELL (4/5)."

Sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise, p. 18), les experts ont relevé que :

"l'examinée ne présente aucune pathologie invalidante, mais seulement une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques. Il existe une importante réticence à répondre au cours de l'examen psychiatrique. De plus, l'expertisée se montre particulièrement floue dans la description de ses symptômes, ce qui est surprenant vu la durée annoncée de ses plaintes. La prise de sang du jour de l'examen (voir résultats annexés) objective une mauvaise compliance au traitement et l'existence d'un syndrome

d'amplification des plaintes, lesquelles peuvent être considérées comme prétextuelles".

"Bien que Madame P. _____ souffre de douleurs devenues chroniques avec le temps, en lien avec la présence d'une hernie discale avérée, il existe une majoration importante des plaintes car l'assurée ne prend pas le traitement antalgique prescrit. Dans une telle situation évoluant de longue date, il existe de surcroît des facteurs de déconditionnement face à l'activité physique, une mauvaise discrimination des facteurs provoquant les algies et un abaissement du seuil de tolérance à la douleur.

Les experts ont dès lors conclu qu'il existait pour l'assurée des bénéfices secondaires importants à cette amplification des plaintes, puisqu'en se décrétant incapable de travailler, l'investiguée bénéficiait du temps dont elle avait besoin pour rester à la maison à s'occuper de sa famille, et évitait ainsi les activités professionnelles difficiles et peu gratifiantes auxquelles elle serait confrontée si elle se déclarait apte au travail. Excluant toute limitation sur le plan psychiatrique, ils ont toutefois reconnu une incapacité de travail de 20 %, sous la forme d'une diminution de rendement en raison des limitations à prévoir. S'agissant des limitations fonctionnelles, ils ont exclu le port de charges au-delà de 10 kg, les travaux pénibles de manutention, le maintien de positions statiques prolongées, à genoux ou accroupie, les longs déplacements en terrain irrégulier, le travail en hauteur ou sur une échelle et la réalisation de mouvements de contrainte répétitif du rachis. Dès lors, sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail résiduelle dans les activités ménagères ou dans une activité adaptée était de 80 %.

Par avis médical du 17 avril 2008, le Dr H. _____ a constaté qu'en l'absence d'éléments médicaux antérieurs, il y avait lieu de retenir que le mois de mai 2003 correspondait au début de l'incapacité de travail.

L'OAI a également requis une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 2 octobre 2008, l'OAI a évalué l'invalidité dans l'activité ménagère à 28.9 % (rapport d'enquête du 6 novembre 2008).

Par avis médical du 13 août 2009, le SMR indiqué ce qui suit :

"Chez cette assurée considérée 50 % active (bien qu'elle n'ait jamais travaillé) et 50 % ménagère, une baisse de rendement de 20 % a été admise suite à une expertise pluridisciplinaire. Il faut entendre par là 10 % de baisse de rendement sur la part ménagère et 10 % sur la part active".

Afin d'examiner ses possibilités éventuelles de réinsertion professionnelles, l'intéressée a été convoquée par la division de réadaptation professionnelle (REA). Lors de l'entretien du 6 août 2009, l'intéressée a déclaré qu'elle n'était pas opposée à essayer de trouver une activité adaptée, tout en admettant qu'elle n'était pas disponible, même à 50 % pour un stage, car elle devait s'occuper de ses enfants, notamment le plus jeune. Elle a ajouté qu'elle pouvait se libérer tant que son mari était au chômage, mais qu'elle devait être à plein temps à la maison, s'il retrouvait un emploi. Elle n'avait en outre pas les moyens financiers d'avoir une garde. Dans son rapport final adulte du 13 août 2009, la REA a dès lors constaté que l'assurée ne se projetait clairement pas dans une réinsertion professionnelle et qu'elle ne confirmait pas le statut d'active à 50 % retenu jusqu'ici. La REA a ainsi relevé ce qui suit :

"Nous nous posons dès lors la question de savoir si le statut d'active à 50 % se justifie. Cependant, Mme P. _____ admet que le problème est qu'elle n'a pas financièrement les moyens de faire garder son plus jeune enfant. En admettant qu'en bonne santé elle ait eu un emploi à 50 %, cette question financière aurait pu être résolue.

Partant du principe que c'est un statut d'active à 50 % qui a été retenu jusqu'ici, nous avons procédé à une approche théorique de la capacité de gain de notre assurée. Pour ce faire, nous nous sommes référés à la méthode de détermination du revenu d'invalidité selon l'ESS".

c) Par décision du 23 mars 2010, confirmant un projet de décision du 24 août 2009, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à P. _____. Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu d'un empêchement dans l'activité professionnelle de 10 %, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 57.80 % dans l'activité

ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 33.90 %, ce qui était insuffisant pour avoir droit à une rente d'invalidité.

B. a) Par acte de son mandataire du 6 mai 2010, P. _____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, expertise médicale et nouvelle décision, au sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Elle allègue qu'en bonne santé, elle n'exercerait aucune activité lucrative. Dès lors, l'invalidité se confond avec l'empêchement rencontré dans le ménage, évalué par l'intimé à 57.8 %, si bien qu'elle a droit au minimum à une demi-rente d'invalidité. Si une part active à 50 % devait finalement être retenue, il conviendrait de procéder à une correction de l'invalidité calculée en appliquant un abattement maximal de 25 % compte tenu de l'importance de ses limitations fonctionnelles et de son statut précaire en Suisse. Il est d'ailleurs étonnant que l'intimé n'ait admis qu'une diminution de rendement de 10 % alors que l'expertise mentionne expressément que la capacité de travail est de 80 % même dans une activité adaptée et que rien dans le dossier ne permet de réduire cette baisse de rendement simplement de moitié. Dans cette hypothèse, la recourante estime qu'elle a droit à un quart de rente. A défaut, il incombe à l'intimé de compléter son instruction sur ce point. La recourante s'étonne enfin que l'IRM demandée par le Dr X. _____ ne figure pas au dossier.

b) Dans sa réponse du 13 septembre 2010, l'intimé a précisé que pour fixer la part active à 50 %, il s'était fondé sur les premières déclarations de l'assurée (contenues dans le formulaire) qui ont plus de poids que les déclarations ultérieures différentes, lesquelles peuvent être inspirées de considérations du droit des assurances sociales (VSI 4/2000 p. 1999). L'intimé s'est dès lors référé au formulaire rempli par l'assuré en date du 6 juillet 2006, ainsi qu'au rapport d'enquête ménagère. S'agissant de l'abattement à retenir sur le revenu d'invalidé, l'intimé a estimé avoir

fait preuve de générosité, en retenant une diminution de rendement de 10 % pour une capacité de travail de 50 %, dans la mesure où les experts ne se sont pas prononcés sur une éventuelle diminution de rendement lorsque la personne n'exerce qu'une activité à 50 %. Enfin, l'intimé a ajouté que selon le rapport d'expertise, un permis B allait être attribué à la famille dans les mois à venir.

c) Dans sa réplique du 21 septembre 2009, le mandataire de la recourante a indiqué que la réelle volonté interne de sa cliente ne correspondait pas aux indications mentionnées dans le formulaire qu'elle n'avait, au demeurant, manifestement pas rempli elle-même. Cette volonté interne n'a pu être mise en lumière que lors de l'entretien avec sa conseillère en réadaptation, puisqu'il a permis de mettre en évidence que le statut de 50 % active - 50 % ménagère retenu par l'intimé était visiblement erroné, l'admission d'un statut de 100 % ménagère étant par ailleurs corroboré par les indications relevées à multiples reprises dans le dossier, notamment dans le rapport d'expertise (p. 20, pt C.1). En outre, la recourante n'a pas les moyens de s'acquitter de frais de garde pour 4 enfants, même si elle travaillait à 50 %. Enfin, en raison de la difficulté à assumer en parallèle des tâches ménagères et l'exercice d'une activité à mi-temps et de la surcharge qui en résulterait, les empêchements ménagers se trouveraient forcément augmentés.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 6 mai 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) Le litige porte tout d'abord sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, singulièrement sur la mesure dans laquelle la recourante exercerait une activité lucrative sans atteinte à la santé. La réponse à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit

également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assurée qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

b) En l'espèce, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, celle-ci n'a pas toujours affirmé que, sans la survenance de ses problèmes de santé, elle se consacrerait à 100 % à ses tâches ménagères. Ainsi, dans le formulaire ad hoc 531 bis, destiné à compléter la demande de prestations du 9 juin 2006, l'assurée était invitée à répondre à cinq questions relatives à son statut de femme active à l'extérieur. Dans le questionnaire y relatif, du 6 juillet 2010, à la question de savoir à quel taux d'activité (100 %, 50 % ou autre) elle travaillerait à l'extérieur si elle était en bonne santé, elle a répondu à 50 % et a indiqué que c'était par nécessité financière. Elle a confirmé ses propos dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 2 octobre 2008, soit plus de 2 ans après le dépôt de sa demande AI, en déclarant qu'après la naissance de son quatrième enfant, elle aurait voulu reprendre une activité professionnelle en tant que coiffeuse à 50 % pour des raisons financières. Elle a ajouté qu'elle était jeune et qu'elle voulait travailler, mais que son atteinte à la santé l'en empêchait (rapport du 6 novembre 2008).

Les déclarations de la recourante sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Les explications qu'elle a fournies après coup lors de l'examen des possibilités éventuelles de réinsertion professionnelles du 6 août 2009 n'y changent rien. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que la personne assurée a faite alors qu'elle n'était pas encore consciente des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (TF I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6; ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2, n° U 524 p. 546; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

c) Il convient dès lors de retenir les premières affirmations de la recourante (questionnaire ad hoc 531 bis du 6 juillet 2006) selon lesquelles, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage, au taux de 50 %. Il y lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que sans la survenance de ses problèmes de santé, elle se consacrerait le 50 % du temps à l'exercice d'une activité lucrative. La part des travaux habituels dans le ménage constitue ainsi une part de 50 % (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a déjà cités). La recourante a en outre confirmé ultérieurement, soit lors d'un entretien du 2 octobre 2008 dans le cadre de l'enquête ménagère, cette réponse à l'enquêtrice, dont le rapport est, quoi que l'assurée en dise, un élément de preuve déterminant. Ce rapport ne se limite pas aux seules questions sur les activités de la vie quotidienne, mais comprend également ses déclarations - dont elle n'a du reste jamais contesté la teneur - sur son activité professionnelle hypothétique et effective. C'est en vain que l'intéressée, par l'intermédiaire de son mandataire, a allégué dans sa réplique que l'on ignorait si elle avait réellement compris les questions posées. En effet, dans le cadre de leur expertise, les Drs M. _____ et Z. _____ ont relevé que l'entretien s'était déroulé en français avec une aide ponctuelle de l'interprète, bien que l'assurée maîtrisait suffisamment le français pour comprendre les questions qui lui étaient posées et y répondre de manière adéquate (rapport d'expertise du 5 mars 2008, p. 9), l'expert M. _____, ajoutant au surplus que l'assurée était une femme intelligente comme en témoignait sa bonne maîtrise du français, appris depuis relativement peu de temps (rapport précité, p. 28). Les experts ont également constaté que son niveau d'intelligence était suffisant pour que puisse s'établir une bonne compréhension mutuelle avec l'expert, grâce à un vocabulaire adapté, sans qu'il y ait besoin de correction ou de répétition des propos (rapport précité, p. 29).

4. Il reste à examiner l'invalidité de la recourante, laquelle doit être évaluée selon la méthode mixte (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation

avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

a) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS (circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) ch. 3090 ss), constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1er mai 2006 consid. 6.2 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

b) In casu, il est constant que l'assurée présente une incapacité de 57.8 % dans l'accomplissement de ses travaux habituels, taux qui ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 6 novembre 2008. Cette dernière a cependant allégué qu'en cas de reprise d'une activité lucrative, les empêchements auraient dû être revus à la hausse. Il ressort toutefois de l'enquête sur le ménage que l'assurée ne s'occupe principalement que de la préparation des repas et du suivi des enfants, dès lors que la plupart des tâches ménagères sont assurées par le CMS et par le mari depuis qu'il est au chômage. Aussi il n'est pas nécessaire d'examiner cet aspect dès lors qu'on ne voit pas quels empêchements devraient être revus à la hausse, les quatre enfants, tous scolarisés, mangeant un repas froid à midi en raison du peu de temps qu'ils ont à disposition. La recourante ne peut, par ailleurs, rien déduire en sa faveur dans le cadre de l'accomplissement de ses travaux habituels, du fait qu'une baisse de rendement lui a été reconnue par les experts. Il convient en effet de relever que la tenue d'un ménage privé permet des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008, consid. 4.3; TFA I 593/03 du 13 avril 2005, consid. 5.3). A ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 et les références).

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que l'argumentation de la recourante ne permet en aucun cas d'admettre que le taux global d'invalidité ménagère retenu par l'intimé aurait dû être plus élevé. Au contraire, la nature des atteintes dont souffre la recourante ne permet pas d'expliquer objectivement la différence importante entre le taux d'incapacité de travail médicalement établi (20 %) et le taux global d'invalidité ménagère (57.8 %). Toutefois, cette question peut rester indécise, dans la mesure où le recours doit de toute manière être rejeté pour les motifs ci-après. Partant, il y a lieu de fixer le taux d'invalidité pour

les tâches ménagères exercées à 28.9 % (57.8 % x 0,5), solution la plus favorable à l'assurée.

5. a) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). Selon l'art. 16 LPGGA, 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 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 (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, consid. 2a et 2b).

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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2^{ème} édition, 2010, p. 303 et 304).

Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité

adaptée, normalement exigible - la jurisprudence admet la possibilité de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (TF I 654/04 du 21 juillet 2005, consid 5, ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). Dans ce cas, on réduira le montant des salaires ressortant de ces données en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidé, tels que le handicap, l'âge, les années de service, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et s'échelonnent entre 10 % et 25 % au maximum (cf. Meyer, op.cit, p. 314).

b) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé de la recourante, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de tenir compte de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée, le salaire de référence étant celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé (production et services), soit en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente), 3'893 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, [ESS], TA 1, niveau de qualification 4). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6), de l'évolution moyenne des salaires et en tenant compte d'un salaire annuel (X12), le salaire déterminant en 2004 est de 48'584 fr. 64. Pour une activité de substitution à 50 %, le salaire hypothétique annuel est dès lors de 24'292 fr. 30. L'intimé a admis un abattement de 10 %. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. In casu, une déduction de 10 %, au plus, apparaît justifiée pour tenir compte des limitations liées au rendement et à l'absence d'années de service dont

l'importance est moindre vu le jeune âge de l'assurée (38 ans). En effet, compte tenu de la limite maximale de 25 %, on ne saurait fixer le taux d'abattement en retenant in extenso le taux de rendement attestée médicalement. Le revenu annuel se monte ainsi à 21'863 fr. 10.

La comparaison du revenu d'invalidé (21'863 fr. 10) avec le revenu de valide non contesté (24'292 fr. 30) conduit à une perte de gain de 2'429 fr. 20, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 10 % pour la part consacrée à l'activité lucrative.

c) Au vu ce qui précède, même en admettant un taux d'empêchement de 28.9 % dans l'activité ménagère, le taux d'invalidité devrait être fixé à 33.90 % ($[57.8 \% \times 0,5] + [10 \% \times 0,5] = 33,90 \%$), soit un taux insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI). Il n'y a pas lieu d'examiner si la recourante doit être mise au bénéfice de mesures de formation professionnelle, puisqu'elle a démontré lors de l'entretien du 6 août 2009 avec la REA qu'elle ne présentait pas les dispositions subjectives laissant à penser qu'elle était en état de les suivre avec succès.

6. Ainsi, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les critiques développées par la recourante à l'appui de son recours ne lui permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. Le dossier s'avère ainsi complet pour statuer sur la demande de rente, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

7. 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 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 23 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, par 400 francs, sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap, service juridique (pour la recourante),
- 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 :