

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Küng, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Avenches, recourante, représentée par Me Alexa Landert,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA; 4 al. 1, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 30 mai 1965, titulaire d'un certificat de la Croix-Rouge d'auxiliaire de santé, a été engagée en qualité d'aide-soignante dès le 1^{er} février 2007 à un taux d'activité de 90% par l'EMS B. _____, à K. _____. Précédemment, elle avait occupé un poste de cheffe de ligne d'emballage, à 90% également, du 18 mars 1991 au 30 juin 2005.

En raison de cervico-brachialgies droites avec hernie discale C7-D1, l'assurée a bénéficié d'une incapacité de travail de 100% du 19 mars 2007 au 17 octobre 2007 et de 50% depuis lors.

A l'initiative du Dr S. _____, médecin généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée depuis 1990, celle-ci a subi une IRM de la colonne cervicale le 27 septembre 2007 et consulté le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, les 18 avril et 1^{er} novembre 2007 ainsi que le Dr F. _____, spécialiste FMH en neurologie, en mars 2007 et le 12 février 2008. L'IRM a révélé l'existence d'une part de troubles statiques dégénératifs du rachis cervical prédominant de C5 à C7 avec discopathies étagées et spondylose, d'autre part d'une volumineuse hernie discale médio-latérale bilatérale à nette prédominance droite et foraminale droite en C7-D1 ainsi que de hernies discales médianes étagées en C4-C5 et C5-C6 sans évidence de conflit radiculaire à ces deux niveaux. Le Dr D. _____ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies C7-C8 droites sur hernie foraminale médio-latérale bilatérale C7-D1 et préconisé une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le 5 novembre 2007, à suivre par le médecin traitant. Quant au Dr F. _____, qui a reçu H. _____ à sa consultation en mars 2007 ainsi que le 12 février 2008, il a diagnostiqué des radiculalgies C8 droites rebelles.

B. Le 17 mars 2008, H. _____ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente. Elle a indiqué souffrir d'une hernie discale et de radiculalgies rebelles.

Dans un questionnaire complémentaire adressé à l'OAI le 29 avril 2008, H._____ a indiqué qu'elle travaillerait à 90% en qualité d'auxiliaire de santé si elle était en bonne santé, ce par nécessité financière et intérêt personnel.

Du rapport de l'EMS B._____ du 16 mai 2008, il ressort que H._____ avait diminué de 38,15 à 19,08 son nombre d'heures de travail hebdomadaires depuis l'atteinte à la santé et que dans le cadre de son activité professionnelle, elle était souvent exposée à marcher, rester debout et porter des charges lourdes (plus de 25 kg). L'EMS B._____ ne s'est pas prononcé sur la nature d'une autre activité mais a exclu qu'elle comporte des charges à porter ou soulever. Le salaire annuel brut de l'assurée sans atteinte à la santé s'élevait à 43'494 fr.

A titre de mesures d'intervention précoce, l'OAI a accordé à H._____ une mesure d'orientation auprès de l'OSEO (Oeuvre suisse d'entraide ouvrière) du 23 juin au 23 septembre 2008, dans le but de chercher un domaine d'activité lui permettant d'exercer à 100% une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

Un entretien a réuni H._____, un collaborateur de l'OAI et un représentant de l'OSEO en date du 18 septembre 2008. Ce dernier a relevé l'absence de motivation de H._____ pour un stage et celle-ci a exprimé la volonté de ne pas changer d'emploi et de travailler à 50%, ce en raison de ses douleurs. Cela étant, les parties ont convenu de mettre un terme à la mesure d'intervention précoce.

Le 7 octobre 2008, le Dr M._____, du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), a repris le diagnostic posé par le Dr D._____ et mentionné les limitations fonctionnelles consistant en l'abstention de mouvement de rotation et flexion extension répété de la nuque, de mouvement en porte-à-faux, de port de charge répété de plus

de 10 kg et de mouvement avec les membres supérieurs au dessus des épaules. Il a conclu à l'absence de critères médicaux justifiant une incapacité de travail dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles précitées.

Dans son rapport du 10 novembre 2008 à l'OAI, le Dr S._____ a indiqué qu'à fin 2008, H._____ se plaignait toujours de la même gêne au niveau du membre supérieur droit avec une importante fatigabilité et estimé raisonnable une activité à 50% en raison de cette fatigabilité et de l'aggravation de la symptomatologie lors d'efforts trop lourds. Il a également mentionné dans la rubrique « Diagnostics sans effet sur la capacité de travail », un état dépressif latent (chronique) existant depuis des années, relatif à la prise en charge de l'invalidité du fils cadet, né en 1988, souffrant d'épilepsie et d'un retard mental.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 19 novembre 2008. L'enquêtrice a conclu à une invalidité de 20,2% dans l'accomplissement des tâches ménagères. Il sera précisé ici qu'aucun empêchement n'a été retenu sous la rubrique « Soins aux enfants ou autres membres de la famille ». Il est notamment mentionné que H._____ vit avec son fils cadet. Celui-ci est au bénéfice d'une rente AI et d'une allocation pour impotent. Il travaille trois jours par semaine en atelier. La relation avec sa mère est difficile et souvent explosive. L'accompagnement est apporté par H._____ qui se sent souvent « débordée » par cette situation car elle n'a pas toujours l'énergie pour cadrer son fils et le stimuler à participer aux tâches ménagères.

L'enquêtrice a relevé les propos de H._____, savoir qu'elle se disait incapable de reprendre son emploi d'auxiliaire au taux habituel même dans une activité adaptée, qu'elle se sentait épuisée par les tâches ménagères et par l'accompagnement quotidien de son fils.

Le statut actif de H._____ a été évalué à 90% et celui de ménagère à 10%.

C. Le 2 avril 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de refus de rente d'invalidité. Il a retenu que H._____ présentait une incapacité de travail continue depuis le 17 octobre 2007 et observé que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à un taux de 90% et consacrerait le 10% restant à la tenue de son ménage. Se fondant sur l'avis du SMR, il a constaté une incapacité de travail à 50% dans l'activité habituelle d'aide-infirmière. En revanche, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée de H._____ dès le mois de novembre 2007.

Pour déterminer la rémunération que H._____ pourrait percevoir en mettant en œuvre sa capacité résiduelle de travail, l'OAI a fait la démonstration suivante:

« En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2007, CHF 4'019.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2007, TA1; niveau de qualification 4).

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 2007 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2007 à 2008 (+ 3.67 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'139.53 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation.

Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de ses limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalide s'élève ainsi, en 2008, à CHF 46'925.58 pour une activité à 100% et à CHF 42'233.00 pour un taux d'activité à 90 %.

Sans atteinte à la santé, Mme H. _____ serait en mesure de réaliser en 2008 dans son activité habituelle, à un taux de 90 %, un revenu annuel de CHF 43'494.10. »

S'agissant du préjudice économique, l'OAI a effectué le calcul suivant:

Revenu professionnel annuel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 43'494.00

avec invalidité CHF 42'233.00

la perte de gain s'élève à CHF 1'261.00 = invalidité de 2.89%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	90%	2.89%	2.60%
Ménagère	10%	20.02%	2.02%

Degré d'invalidité **4.62% (5%)**

Compte tenu d'un degré d'invalidité inférieur à 40%, le droit à une rente d'invalidité a été dénié de même que le droit au reclassement dans la mesure où le manque à gagner était durablement inférieur à 20% dans l'exercice d'une activité raisonnablement exigible.

H. _____ a communiqué ses objections par lettre de son conseil du 5 mai 2009, relevant principalement qu'il n'avait pas été tenu compte de l'état dépressif latent chronique généré par les difficultés et la lourdeur de la prise en charge de son fils cadet. Elle a requis des investigations complémentaires.

Dans un avis médical SMR du 24 août 2009, les Drs R. _____ et M. _____ se sont fondés sur les rapports des Drs D. _____, F. _____ et S. _____ pour conclure à l'absence d'amélioration de la santé physique de l'assurée et préconiser un examen rhumatologique au SMR

afin de déterminer de façon précise les limitations fonctionnelles d'une activité adaptée à l'atteinte à la santé et la capacité de travail dans une activité adaptée.

Sous l'angle psychiatrique, l'avis mentionne ce qui suit:

« Le Dr S. _____ relate un état dépressif latent (chronique) relatif à la prise en charge de l'invalidité de son fils cadet. Il relate cet état dépressif latent (chronique) sous la rubrique des diagnostics sans effet sur la CT. De plus, à notre connaissance, l'assurée n'a jamais eu de suivi psychiatrique, et n'a aucun traitement médicamenteux contre cet état dépressif. Cet état dépressif n'a donc aucun caractère invalidant au sens de l'Al. »

L'examen clinique rhumatologique a été effectué au SMR le 14 septembre 2009 par le Dr C. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation. Celui-ci a établi son rapport le 7 octobre 2009. Après exposé des antécédents, il a procédé aux anamnèses familiale, professionnelle, actuelle générale, systémique et psychosociale de H. _____. Lors de l'anamnèse systémique psychiatrique, l'assurée a rapporté qu'elle avait parfois envie de pleurer, qu'elle essayait cependant d'être positive et qu'elle se posait la question de pourquoi vivre. Elle s'entretenait souvent avec le psychologue en charge du suivi de son fils mais n'avait personnellement pas vu de psychiatre.

Le Dr C. _____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-brachialgies droites non irritatives, déficitaires sur le plan sensitif et moteur, dans un contexte de hernie discale C7-D1 paramédiane et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'obésité et lombalgies communes.

Dans le cadre de l'appréciation du cas, il a retenu ceci:

« Lors de l'entretien, Mme H. _____ décrit son activité professionnelle d'aide soignante. L'assurée a tendance à banaliser les contraintes physiques induites par son poste de travail, notamment lorsqu'elle doit aider les pensionnaires à faire leur transfert ou à se retourner dans leur lit. L'employeur, lui, décrit un poste de travail physiquement contraignant avec une activité effectuée essentiellement en station debout, avec des ports de charges au-delà de 25 kg.

Mme H._____ ne se voit pas capable d'augmenter son taux d'activité au-delà des 50% effectués depuis octobre 2007, elle annonce une cervico-brachialgie D de territoire cohérent avec une irritation radiculaire C8 D. Les symptômes sont de type mixte, ils revêtent également une composante inflammatoire avec un dérouillage matinal prolongé. Les symptômes ont commencé en avril 2007, sont en amélioration depuis l'augmentation des doses de Lyrica® (traitement introduit pour des douleurs neurogènes), en novembre 2008.

L'assurée n'a plus revu le Dr F._____ ni le Dr D._____ depuis une année, n'a pas eu d'infiltration péri-radriculaire ou de consultation de neurochirurgie comme suggéré par le Dr F._____. Elle n'a plus de physiothérapie depuis le mois de mars 2009.

Passant au 2^{ème} plan, l'assurée annonce des douleurs intermittentes de la fesse G, irradiant à la face latérale de la cuisse, de la jambe jusqu'au talon. Les symptômes sont de type mécanique, le trajet n'est pas systématisable pour une irritation radiculaire.

En dernier lieu, l'assurée décrit des douleurs ubiquitaires des 4 membres, sous forme de morsures, sans arthrite, en augmentation depuis fin 2007.

Mme H._____ est indépendante pour les soins personnels, elle est capable de prendre les transports publics, est venue ce jour en train.

Elle est aidée par une voisine pour le repassage, pour porter la corbeille de linge; l'assurée ne peut plus nettoyer les vitres.

L'assurée garde une activité physique, se promène 3 fois 1 heure par semaine, mais doit faire des pauses toutes les 20 minutes.

L'assurée aime son activité d'aide soignante, confirme lors de l'entretien ne pas vouloir changer d'activité professionnelle, l'assurée dit qu'elle n'a pas la force pour travailler dans un autre poste, et que travailler avec des personnes âgées lui fait du bien sur le plan psychique.

Sur le plan familial, l'assurée vit avec son fils cadet, qui a une épilepsie et un retard mental; ce dernier va 3 jours par semaine dans des ateliers protégés, il est accompagné pour les 10 minutes de marche par un collègue de travail de l'assurée. Lorsqu'elle travaillait à 90%, l'assurée avait l'aide d'une tierce personne pour s'occuper de son fils lorsqu'elle était au travail.

A l'examen, Mme H._____ a un comportement algique intermittent orientant surtout vers un problème lombaire. L'assurée se tient le bas du dos en station assise, marche avec une légère boiterie D, la vitesse de marche fluctue et est ralentie en salle d'examen alors qu'elle est légèrement ralentie à l'extérieur. Les mouvements automatiques de la nuque sont conservés.

L'examen de médecine interne montre une assurée avec une obésité de classe I, il n'y a pas d'atteinte cardio-pulmonaire.

L'examen neurologique confirme l'atteinte décrite par le Dr F. _____ avec une légère parésie dans les territoires C8 et D1 à D (adducteurs des 4^{ème} et 5^{ème} rayons, fléchisseurs profonds de l'auriculaire du côté D); on retrouve une hypoesthésie dans le territoire C8 et D1 à D. L'assurée n'a pas de radiculalgie irritative.

L'examen de la nuque met en évidence un syndrome rachidien léger. La mobilité est subtotale, l'assurée s'est nettement améliorée au niveau de sa mobilité par rapport à l'examen initial du Dr D. _____. Il persiste une légère contracture paravertébrale D et une douleur au niveau cervical moyen.

Au niveau lombaire, l'assurée a une mobilité complète, n'a pas de radiculalgie irritative, le dernier étage est légèrement douloureux à la palpation, sans contracture. Il n'y a pas de syndrome rachidien au niveau lombaire. Il se surajoute une douleur au niveau rétro-trochantérien G, parlant pour une composante de périarthrite des hanches.

L'assurée n'a pas d'arthrite périphérique. Par rapport aux douleurs ubiquitaires annoncées, nous ne pouvons confirmer un diagnostic de fibromyalgie.

Mme H. _____ vient avec comme seul examen, l'IRM de la colonne cervicale du 27.09.2007, sur laquelle on voit une discarthrose étagée de C5-C6 à C7-C8, avec une volumineuse hernie discale en C7-D1, entrant en conflit avec la racine C8 D. Il n'y a pas de myélopathie cervicale visible, l'examen clinique de ce jour exclut une myélopathie. L'évolution clinique ayant été lentement favorable sous traitement conservateur, aucun cliché ultérieur n'a été effectué.

Au niveau lombaire, l'examen clinique de ce jour étant rassurant avec l'absence de syndrome rachidien, l'absence de radiculalgie, nous n'avons pas jugé nécessaire de compléter le bilan. Le Dr S. _____ est au courant que l'assurée a des lombalgies intermittentes, il n'a pas jugé nécessaire de faire un bilan jusqu'à présent.

Les limitations fonctionnelles

Rachis cervical: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas de rotation rapide, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé des bras au-delà de 90° d'élévation, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas d'exposition aux vibrations. Pas de rendement imposé.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

En se basant sur le rapport médical du médecin traitant, depuis le 19.03.2007.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

IT totale du 19.03.2007 au 04.09.2007, 50% à partir du 05.09.2007 (cf. rapport médical du 10.11.2008 du Dr S. _____). Dans l'activité

habituelle d'aide soignante, l'assurée travaille dans ses possibilités, le descriptif de sa vie quotidienne ne permet pas de retenir qu'elle travaille au-delà de ses forces.

Concernant la capacité de travail exigible:

Elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis cervical. Dans une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles décrites, l'exigibilité est de 2 fois 3 heures par jour, ou l'équivalent d'un 70%, ceci sans tenir compte du temps que l'assurée passe à se consacrer à son fils cadet. Nous retenons une diminution de 30% de la capacité dans une activité adaptée, en raison du syndrome rachidien cervical léger et de la persistance de radiculalgies (douleurs neurogènes) de trajet cohérent.

L'activité d'aide soignante effectuée par l'assurée est physiquement modérément contraignante et ne peut être considérée comme adaptée à son état de santé; les retournements de pensionnaires et les transferts de pensionnaires sans moyens auxiliaires sont à proscrire et sont à risque de décompenser la situation au niveau cervical.

Les 20% d'incapacité de travail retenus lors de l'enquête ménagère sont cohérents avec l'état de santé constaté à l'examen de ce jour.

Les 70% de capacité de travail dans une activité adaptée sont exigibles à partir de la reprise à 50%, c'est-à-dire à partir du 05.09.2007. »

En conclusion, le Dr C. _____ a retenu une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle d'aide-infirmière, de 70% dans une activité adaptée et de 80% dans l'activité ménagère.

L'avis médical du SMR du 27 octobre 2009, signé du Dr P. _____, fait siennes les conclusions du rapport du Dr C. _____. Ce même rapport a déclenché une mesure d'évaluation professionnelle dans le cadre de la Clinique Z. _____ à L. _____.

L'observation de H. _____ à la Clinique Z. _____ s'est déroulée du 8 février au 5 mars 2010.

Les conclusions et le compte rendu psychologique déposés le 22 mars 2010 ont la teneur suivante:

« *Compte-rendu psychologue OSP*

L'assurée a été vue durant 7 heures en entretien individuel.

D'un point de vue du comportement, Mme H. _____ s'est montrée plaintive dès le début de la phase. Elle nous fait souvent part de ses problèmes de santé et de ses douleurs. Elle rapporte aussi un état psychologique fragile; d'ailleurs elle désire être suivie à l'extérieur par un psychiatre. Un changement dans son comportement lors des 10 derniers jours de la phase est constaté. Elle est plus volontaire et sensible à son avenir professionnel.

En ce qui concerne les pistes professionnelles, il lui a fallu un peu de temps pour pouvoir les exprimer. Ayant obtenu le certificat d'auxiliaire de santé auprès du Centre de Formation de la Croix Rouge Vaudoise, elle souhaite se diriger vers ce métier. Son manque de dynamisme, ainsi que l'état dont elle nous fait part, nous pousse à lui dire que cela nous semble peu réalisable actuellement. Elle a de la difficulté à exprimer d'autres pistes professionnelles que celles en lien avec la santé ou le social.

Cependant, à la fin de son séjour, Mme H. _____ est prête à envisager de travailler à nouveau en tant que cheffe de ligne dans la production.

Mme H. _____ a élaboré avec notre aide un dossier de candidature (lettre et curriculum vitae). Elle est assez autonome dans l'utilisation de l'informatique. Des démarches professionnelles sont entreprises auprès d'établissements et entreprises de sa région.

En conclusion, l'assurée quitte la clinique avec des pistes professionnelles et un dossier de candidature. Il nous paraît tout de même important que Mme H. _____ puisse résoudre ses problèmes de santé afin de pouvoir envisager sereinement un retour au travail.

Conclusion

Le temps de présence de Mme H. _____ a été en augmentation et ce jusqu'à 7 h par jour durant 4 semaines. Elle effectue au total 136 h 15. Les activités réalisées sont simples et légères ne demandant pas de connaissances professionnelles spécifiques préalables.

Les travaux sont principalement à hauteur d'établi. Elle alterne régulièrement la position assise/debout que ce soit lors des activités assise statique ou debout. Elle intègre les 2 MS seulement lorsqu'elle en a le besoin. La main gauche est principalement utilisée dans toutes les activités effectuées. Les déplacements sont effectués dans un périmètre de 800 m avec une boiterie qui ne change pas au terme de la journée. La démarche est nonchalante.

Elle gravit les escaliers en alternant le pas et en s'aidant de la main courante.

Dans toutes les activités, le port de charge n'a pas dépassé 5 kg. Le rendement est en légère augmentation au terme du séjour. La qualité du travail est variable mais plutôt inférieure à la moyenne.

Mme H. _____ s'est montrée relativement autonome tout au long du séjour en ateliers. La motivation ainsi que la prise d'initiative a quelque peu changé dès la 3^{ème} semaine. Bien que travailleuse, elle

a eu un comportement plaintif lorsqu'elle se sentait observée. Une stimulation quotidienne est nécessaire.

Elle a également démontré des comportements différents en dehors des ateliers. Les plaintes sont émises tout au long de la journée.

Il plane un doute quant à la réelle réussite de réinsertion à ce jour, quel que soit le secteur d'activité. »

Il sera précisé ici que le rendement et la qualité du travail ont été qualifiés de variables mais largement en dessous des moyennes normées.

Dans ses déterminations du 30 avril 2010, le conseil de H._____ a relevé qu'il n'était pas tenu compte de la lourdeur ainsi que du temps nécessaire à la prise en charge du fils cadet, que l'état dépressif de l'intéressée l'empêchait d'exercer une activité à plus de 50%, que d'une manière générale, une activité dans la production ou dans le domaine des services n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles de H._____. Il a contesté toute mauvaise volonté chez H._____, faisant valoir au contraire les efforts consentis par celle-ci pour accomplir sa formation d'aide-infirmière et son intérêt pour les activités professionnelles en lien avec la santé ou le social. Enfin, il a mentionné trois autres affections dont souffrait H._____, soit une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie lui imposant un régime diététique strict ainsi qu'une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Il a conclu en mettant en exergue le caractère largement incomplet de l'évaluation et requis de nouvelles investigations.

L'avis médical du 17 juin 2010 consécutif aux déterminations du conseil de H._____, signé des Drs P._____ et R._____, rappelle en premier lieu que s'agissant d'un facteur extra-médical, il ne peut être tenu compte de la situation familiale de H._____, quelle que soit sa pénibilité, puis que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'insuffisance veineuse des membres inférieurs ne constituent pas des atteintes incapacitantes. L'état dépressif latent (chronique) étant rapporté par le Dr S._____ comme sans incidence sur la capacité de travail et en l'absence d'un suivi, d'un consilium spécialisé ou de la prescription d'un anti-

dépresseur, une maladie psychique incapacitante ne pouvait être retenue de l'avis des Drs P. _____ et R. _____.

Dans son rapport final du 18 mai 2011, le Service de réadaptation de l'OAI, a estimé que le niveau scolaire de H. _____ ainsi que son niveau en français ne lui permettaient pas d'effectuer une formation diminuant le préjudice économique par des mesures professionnelles et a en conséquence préconisé la mise en place d'une aide au placement pour des postes tels qu'opératrice de production, ouvrière opératrice ou programmatrice permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles de H. _____ et autorisant le temps partiel.

D. Le 21 juin 2011, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de reclassement professionnel, confirmant le projet de décision dans son principe et l'adaptant pour tenir compte de la nouvelle capacité de travail de 70% exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de H. _____.

Quant au salaire mensuel brut de référence, il a été porté à 4'280 fr. 64, représentant ainsi un revenu annuel hypothétique de 51'367 fr. 68 dans une activité à 100% et de 35'957 fr. 38 dans une activité à 70%.

L'OAI a consenti un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé, ce en raison des limitations fonctionnelles, le revenu annuel d'invalidé s'élevant en conséquence en 2008 à 32'361 fr. 64 pour un taux d'activité à 70 %.

En retenant que sans atteinte à la santé, H. _____ aurait été en mesure de réaliser en 2008 dans son activité habituelle, à un taux de 90 %, un revenu annuel de 43'494 fr. 10, l'OAI a fixé à 11'132 fr. 46 la perte de gain (43'494 fr. 10 - 32'361 fr. 64), ce qui représente un degré d'invalidité de 25,60%.

Le degré d'invalidité a été fixé définitivement à 25%, selon le calcul suivant:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	90%	25,60%	23.04%
Ménagère	10%	20.02%	2.02%
Degré d'invalidité			25.06% (25%)

Le droit à une mesure de reclassement susceptible de diminuer le préjudice économique a été rejeté, compte tenu du niveau scolaire et linguistique de H._____, le droit à une aide au placement étant en revanche ouvert.

Dans une lettre datée du même jour au conseil de H._____, l'OAI a répondu aux objections soulevées le 30 avril 2010, se référant à l'avis médical du 17 juin 2010 ainsi qu'aux observations de la Clinique Z._____ et aux conclusions du conseiller en réinsertion professionnelle. Il a notamment précisé que si la charge de travail liée au handicap du fils de H._____ ne devait pas être compatible avec une activité lucrative à 90%, c'était son statut qui devrait être revu, soit la répartition entre l'activité professionnelle et les tâches ménagères. Une telle modification ne permettrait toutefois pas d'augmenter son taux d'invalidité. Quant au métier d'aide-soignante, il n'était, de l'avis de l'OAI, clairement pas adapté à l'état de santé de H._____ et un changement de profession était donc exigible de sa part, compte tenu également de la durée d'activité restant jusqu'à l'âge AVS.

E. Recours a été déposé le 20 juillet 2011 par l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son conseil. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente AI, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait grief à l'intimé de n'avoir retenu aucun effet invalidant à l'état dépressif, que ses limitations fonctionnelles n'étaient pas conciliables avec une activité simple et répétitive dans le secteur privé mais avec une activité d'une catégorie inférieure générant

un revenu encore plus bas et enfin, que l'abattement de 10% était insuffisant.

Dans sa réponse du 8 décembre 2011, l'OAI a confirmé sans autre développement sa décision.

A l'appui de sa réplique du 1^{er} février 2012, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr S. _____ du 11 janvier 2012. Le médecin traitant faisait valoir chez sa patiente des névralgies sur cervicobrachalgies C8 droites, un état dépressif désormais chronique et l'existence d'un traitement médicamenteux particulièrement lourd, notamment de par la prescription de Lyrica et de Fentanyl (opioïde), permettant une certaine stabilisation des plaintes mais ne restaurant pas sa capacité de travail. Il s'interrogeait plus particulièrement sur le nombre de patients capables de travailler sous un tel traitement. Se fondant sur ce dernier rapport médical, le conseil de la recourante a conclu à l'existence d'un taux d'invalidité bien supérieur à celui retenu par l'OAI, la lourdeur de son traitement médicamenteux l'épuisant au point qu'elle ne pouvait exercer une activité professionnelle. Il s'est également référé aux diagnostics annexes d'état anxio-dépressif, d'obésité, d'hypertension artérielle et d'hyperlipémie traitées et a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire destinée à déterminer son taux d'invalidité.

Par duplique du 24 février 2012, l'OAI a maintenu sa position après avoir constaté l'absence d'éléments nouveaux et s'être rallié à l'avis du SMR du 20 février 2012 recueilli sur le dernier rapport du Dr S. _____. Les Drs P. _____ et R. _____, auteurs de cet avis, relevaient d'une part que la diminution des douleurs allait dans le sens d'une amélioration de l'état de santé de la recourante censée se répercuter également sur son rendement, voire sa capacité de travail, d'autre part qu'il n'existait pas de statistiques quant aux effets du Lyrica et du Fentanyl sur la capacité de travail. Sur ce point, ils observaient que le bénéfice retiré par la recourante de ce traitement devait être plus important que les effets secondaires indésirables.

Dans ses déterminations du 12 avril 2012, le conseil de la recourante a relevé que les médecins du SMR avaient ignoré les diagnostics posés par le médecin traitant ainsi que les lourds effets du traitement médicamenteux, entraînant une somnolence certaine et une fatigabilité.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). 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 déposé en temps utile et remplit les autres exigences légales de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, la décision litigieuse est attaquée uniquement sous l'angle du droit de la recourante à une rente. Ne doit être dès lors examiné que le point de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente AI, à l'exclusion d'autres prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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).

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. 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; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C_500/2011 précité loc. cit.; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'occurrence, se fondant en particulier sur l'examen clinique rhumatologique effectué par le Dr C._____ du SMR, l'OAI retient que l'assurée présente certes une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle d'aide-infirmière, mais qu'une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée et respectant ses limitations fonctionnelles est exigible de l'intéressée dès le mois de novembre 2007.

De son côté, la recourante conteste ce point de vue. Elle se prévaut d'une invalidité qui pourrait être entière, à tout le moins suffisant

à l'octroi d'une rente, se fondant en cela sur l'avis de son médecin traitant. L'intéressée fait encore valoir un trouble psychique invalidant.

a) Sur le plan somatique, il est constant que l'assurée présente des troubles dorsaux.

Dans son rapport du 7 octobre 2009, consécutif à l'examen clinique rhumatologique effectué le 14 septembre précédent, et notamment fondé sur le rapport d'IRM cervicale du 27 septembre 2007, le Dr C. _____ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites non irritatives, déficitaires sur le plan sensitif et moteur, dans un contexte de hernie discale C7-D1 paramédiane. Ce diagnostic est identique à celui du Dr D. _____, également rhumatologue, et le Dr C. _____ confirme pour le surplus le diagnostic neurologique du Dr F. _____. Il n'est au demeurant pas remis en cause par le médecin traitant de la recourante. Pour mémoire, l'incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'aide-infirmière, considérée comme non adaptée par le Dr C. _____, coïncidait avec l'emploi et le taux d'activité effectifs de la recourante à l'époque de l'examen clinique comme de la décision litigieuse. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr C. _____ a relevé qu'elle était déterminée par la tolérance mécanique du rachis cervical avec une exigibilité de 2 fois 3 heures par jour, ou l'équivalent d'un 70%, concluant à une diminution de 30% de dite capacité, en raison du syndrome rachidien cervical léger et de la persistance de radiculalgies (douleurs neurogènes). Ni les Drs D. _____ et F. _____, ni le médecin traitant de la recourante ne se sont prononcés sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'en demeure pas moins que contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr C. _____ a pris en compte tant les cervico-brachialgies que les névralgies dans l'évaluation de dite capacité. Par ailleurs, le Dr S. _____ se fonde essentiellement sur les plaintes - par définitions subjectives - de sa patiente quant à un état de somnolence et de fatigue se rapportant plutôt aux effets secondaires du traitement médicamenteux des troubles dorsaux qu'aux troubles eux-mêmes et ne motive pas objectivement son appréciation.

S'agissant des autres troubles somatiques mis en exergue par la recourante, on ne peut que constater que l'obésité est diagnostiquée sans influence sur la capacité de travail par le Dr C._____, ceci sans contestation possible sur la base des pièces au dossier, le Dr S._____ ne se prononçant notamment pas sur ce point. Quant à l'hypertension artérielle et à l'hyperlipémie, aucun rapport médical n'indique qu'elles auraient une influence sur la capacité de travail, ce qui serait au demeurant peu probable dans la mesure où elles sont traitées.

b) Sur le plan psychique, la recourante se prévaut d'un état dépressif, devenu chronique selon rapport du Dr S._____ du 11 janvier 2012.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

En l'occurrence, dans son rapport du 10 novembre 2008, le Dr S._____ a considéré que l'état dépressif de sa patiente était sans effet sur sa capacité de travail. Il peut déjà en être déduit qu'il s'agit d'un état dépressif qualifiable de léger et non invalidant, ce que confirme l'absence

de traitement médicamenteux et thérapeutique spécifique à cet état psychique. Dans son rapport du 10 janvier 2012, le Dr S._____ s'est abstenu d'objectiver le trouble dépressif en question et ne s'est pas prononcé sur son influence sur la capacité de travail de la recourante. On rappellera à cet égard que le Dr S._____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et qu'il ne ressort pas des pièces au dossier que la recourante ait consulté un psychiatre. Dans ces conditions, force est de conclure à l'absence d'éléments médicaux concrets plaidant en faveur d'une pathologie psychique incapacitante susceptible d'être prise en compte dans le cadre de la présente procédure.

c) Enfin et surtout, l'avis du Dr C._____ a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. Aucun rapport médical subséquent n'autorise à s'éloigner de son appréciation. Cela étant, il apparaît que les conclusions de ce spécialiste sont convaincantes et son rapport du 7 octobre 2009 pleinement probant. Il sera donc retenu avec l'intimé que la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans son activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi 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, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

5. Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique de 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4; 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle change d'orientation professionnelle pour rechercher une activité à 70% adaptée à son état de santé, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré; elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage et ne peut ainsi revendiquer un droit à poursuivre son activité professionnelle actuelle à 50% (cf. ATF 123 V 88 consid. 4c). Selon la recourante, ses limitations fonctionnelles sont telles qu'elles n'entrent pas dans les activités de production ou de services préconisées par l'intimé et qu'ainsi, elle ne pourra prétendre qu'à une activité procurant des revenus bien moins élevés que ceux retenus dans la décision. Vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (cf. TFA I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la recourante. Par ailleurs, le salaire de référence retenu par l'intimé correspond au niveau de qualification 4, soit déjà au niveau salarial le plus bas. En conséquence, l'argument de la recourante quant à un revenu encore inférieur tombe à faux. A cela s'ajoute que sa précédente et longue expérience professionnelle de cheffe de ligne d'emballage ne peut que constituer un atout supplémentaire dans l'obtention d'un tel emploi, y compris quant à sa rémunération.

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2; cf. aussi ci-dessous consid. 4d).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b).

Comme exposé ci-dessus, lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la

part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2; 130 V 61).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. 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. 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 137 V 334 consid. 5.1; 128 V 93). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

Dans le cas présent, le statut actif de la recourante a été évalué à 90% et celui de ménagère à 10%. Cette répartition n'est pas contestable. Elle correspond aux propres déclarations de la recourante. Par ailleurs, il ne saurait être tenu compte du temps que l'assurée pourrait consacrer à son fils cadet. D'une part, aucun empêchement n'a été retenu dans le cadre de l'enquête ménagère sous la rubrique « Soins aux enfants ou autres membres de la famille » et d'autre part, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé (TFA I 293/05 du 17 juillet 2006 consid. 5.2.1 et les références citées). Il y a donc lieu de s'en tenir à la répartition retenue par l'OAI.

d) Sous l'angle économique, l'assurée ne soulève aucun grief à l'encontre du revenu sans invalidité tel qu'arrêté par l'OAI. Elle conteste en revanche le montant du revenu avec invalidité et le taux d'abattement de 10 % pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalidité, faisant valoir que cette déduction ne tient pas compte de sa situation personnelle.

Selon la jurisprudence, 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'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 5/1999 p. 182). Considérant qu'au moment de l'ouverture du droit éventuel à la rente, la recourante n'exerçait pas une activité adaptée, c'est à raison que pour la part active, l'intimé s'en est référé aux données statistiques de l'ESS.

Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2008 (ESS 2008; TA1, niveau de qualification 4), de 4'146 fr. par mois, part au treizième salaire comprise, contrairement au salaire de 4'116 fr. retenu par l'OAI, lequel correspond à la moyenne de toutes les branches économiques et non à la moyenne des secteurs production et service $((4203 + 4089) / 2)$. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 5-2009, p. 94 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'311 fr. 84 $((4'146 \times 41,6) / 40)$, correspondant à un salaire annuel de 51'742 fr. 08. Attendu que l'on peut exiger de la recourante qu'elle exerce une activité professionnelle à 70%, le salaire hypothétique annuel s'élève dès lors à 36'219 fr. 45.

Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le

revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Dans le cas présent, la requérante conteste qu'un abattement de 10%, tel que pris en compte, soit adapté. Les limitations liées au rachis cervical n'entravent cependant pas l'accomplissement d'une activité industrielle légère ou d'une activité de service. Rares par ailleurs sont dans ce secteur les activités imposant un travail prolongé des bras au-delà de 90° d'élévation ou exposant à des vibrations de telle sorte que l'offre demeure étendue. La limitation de port de charges au-delà de 10 kg n'a rien d'exceptionnel. L'influence de ces limitations sur les perspectives salariales de la requérante est certes défavorable mais il demeure approprié de les prendre en considération au titre de limitations liées au handicap à concurrence d'un facteur de réduction de 10%. Le taux de réduction de 25% avancé par la requérante ne saurait se justifier d'autant que l'intéressée ne met pas en exergue l'existence d'empêchements autres que ceux liés à son handicap.

Il y a partant lieu de confirmer le taux d'abattement de 10% tel que retenu par l'OAI dans la décision litigieuse.

Cela étant, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 43'494 fr. et avec invalidité, abattement de 10% compris, de 32'598 fr., la perte de gain s'élève à 10'896 fr. et l'invalidité à 25,05 %. Le degré d'invalidité pour la part active étant de 22,55% (90% x 25.05%) et celui pour la part ménagère de 2,002% (10% x 20,02%), le degré d'invalidité s'élève à 24,55% taux qui s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

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. 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 la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 21 juin 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexa Landert, avocate (pour H. _____),
- 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).

Le greffier :