

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 septembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Di Ferro Demierre et Mme Dessaux
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

J._____, à Prilly, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 28, 28a LAI, 16 LPGA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, mariée et mère d'un enfant majeur et d'un enfant mineur né en 2004, a travaillé comme employée de ménage puis aide-infirmière à 100% depuis le 1^{er} juin 2000, puis à 80% dès le 1^{er} janvier 2007, auprès de l'Institution R._____. Elle percevait à ce titre un salaire de 2'986 fr. 20 par mois, à 80% (questionnaire pour l'employeur du 13 novembre 2008). Dès le 13 mai 2008, elle a présenté une incapacité de travail de 100%, puis de 50% du 23 juin au 14 juillet 2008, de 100% du 15 juillet au 18 août, de 50% du 19 août au 14 septembre, de 100% du 15 septembre au 28 septembre, de 50% du 29 septembre au 2 octobre 2008, de 100% du 3 au 12 octobre 2008, et de 50% dès le 13 octobre 2008 (cf. rapport médical du 3 décembre 2008 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après: OAI] et courrier de la Caisse [...], assureur perte de gain maladie, à l'OAI du 14 novembre 2008).

Dans un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) lombaire du 20 mai 2008, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à la présence d'un important rétrécissement mixte disco-dégénératif et constitutionnel avec strangulation du fourreau dural en L4-L5, ébauchée en L3-L4, ainsi qu'à celle d'une discopathie simple en L1-L2.

Par rapport médical du 16 juillet 2008 au médecin traitant de l'assurée, le Dr E._____, spécialiste en neurochirurgie, a apprécié la situation de la manière suivante:

"Madame J._____ présente donc de façon probable, une symptomatologie essentiellement irritative de topographie L5 gauche, sur conflit disco-/ostéoligamentaire L4-L5 gauche, dont l'évolution est actuellement modérément favorable, après les premières infiltrations effectuées. Etant donné l'absence de signes déficitaires majeurs neurologiques évolutifs des membres inférieurs, je pense qu'il est encore raisonnable de tenter de poursuivre conservativement [...]"

Dans son rapport médical "longue durée" à la Caisse [...] du 10 août 2008, le Dr V. _____ a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches sur syndrome irritatif dans le cadre d'une large protrusion discale médiale L4-L5 et d'un important rétrécissement mixte disco-dégénératif et constitutionnel avec strangulation du fourreau dural en L4-L5, ébauchée en L3-L4. L'évolution était lentement favorable sous traitement antalgique, physiothérapie et injections épidurales de stéroïdes. Le Dr V. _____ estimait que sa patiente pourrait reprendre totalement son activité et qu'elle pourrait objectivement exercer une profession adaptée à 100%.

Le 27 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes tendant à l'obtention de mesures pour une réadaptation professionnelle, en faisant état de douleurs au bas du dos et à la jambe gauche.

Dans son rapport médical à l'OAI du 18 novembre 2008, le Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies sur discopathies L4-L5 et L3-S1 existant depuis un an et demi environ. Son traitement avait débuté le 6 juin 2008, et il renvoyait à l'avis du médecin traitant pour arrêter la capacité de travail.

Par rapport médical du 3 décembre 2008 à l'OAI, le Dr V. _____, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des dorsalgies persistantes sur canal lombaire étroit et protrusion discale, ainsi qu'un ancien Scheuermann. Il suivait l'assurée depuis le 9 avril 2001, et précisait que le pronostic n'était actuellement pas très bon, surtout en ce qui concernait le travail actuel qui nécessitait le port de lourdes charges.

Complétant le formulaire de demande de renseignements complémentaires pour l'intervention précoce, l'assurée a indiqué le 3 décembre 2008 que son taux d'activité actuel était de 40% et son taux d'incapacité de 40%, en raison de son mal de dos. Elle précisait en outre être femme au foyer à 20%.

Le 9 décembre 2008, l'assurée a indiqué sur le formulaire 531bis qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière et intérêt personnel.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 17 décembre 2008 au domicile de l'assurée. A cette occasion, l'enquêtrice a relevé que l'assurée était mariée et mère de deux enfants nés en 1993 et 2004; l'intéressée déclarait qu'en bonne santé, elle reprendrait son travail à 80%. L'enquêtrice retenait dès lors un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, avec une invalidité de 19.10% au plan ménager. L'enquêtrice précisait encore que l'assurée aimait particulièrement son travail à l'EMS et que depuis quelques mois, la direction lui avait donné la possibilité de faire des tâches légères afin d'économiser son dos. L'assurée ne savait pourtant pas si cette situation pourrait perdurer, même si elle estimait que son activité était parfaitement adaptée à son atteinte à la santé et qu'elle désirait continuer. L'enquêtrice arrêta les empêchements ménagers à 19.10% d'un 100%.

Sur requête de l'OAI, le Dr V. _____ lui a fait savoir le 23 avril 2009 que l'évolution du dos de sa patiente était modérément favorable, en précisant que les douleurs au niveau de la jambe gauche avaient diminué après plusieurs séances d'infiltration, et que le jour de l'examen, l'assurée souffrait aussi d'une PSH (périarthrite scapulo-humérale) de l'épaule gauche. Le Dr V. _____ a encore noté au status rhumatologique que la mobilité de la colonne vertébrale était nettement diminuée dans les rotations et les flexions latérales, qu'elle était suivie par le Dr G. _____ et que le travail qu'elle faisait à l'heure actuelle à 50%, sans travaux lourds ni port de charges lourdes, était bien supporté.

Selon un entretien téléphonique au sujet de l'assurée du 6 mai 2009, l'employeur a indiqué qu'en 2009, elle gagnait 3'222 fr. 40 par mois treize fois, à 80%, et 3'082 fr. 20 treize fois, à 80% également, en 2008.

Selon une fiche d'entretien téléphonique du 18 mai 2009 entre le Dr Q. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR), et le

Dr V._____, ce dernier a déclaré qu'il ne voyait pas quelle activité adaptée non intellectuelle serait possible et ne pouvait pas prendre la responsabilité d'attester une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Par avis médical du même jour, le Dr Q._____ a ainsi proposé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique auprès du SMR.

Par communication du 4 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour des cours en vue de l'exercice d'une activité adaptée.

L'assurée a été examinée le 10 juin 2009 par le Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du SMR. Dans son rapport du 19 juin 2009, ce spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches (M54.42), ainsi que des troubles dégénératifs avancés, discarthrose étagée, protrusions discales et insuffisance discale L4-L5, modification de type Modic II (micro-instabilité L4-L5) et déconditionnement musculaire partiel. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a encore mis en évidence des signes de non organicité compatible avec un phénomène de majoration des plaintes. Il a retenu que l'activité habituelle de l'assurée était contre-indiquée sur le plan médical de façon stricte, retenant une incapacité de travail de 100% dans ce domaine. Par contre, dans une activité respectant les limitations fonctionnelles (pas de port de charges supérieure à 5 kg de façon répétitive, pas de port de charge supérieure à 7,5 kg de façon occasionnelle, pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis de façon formelle, pas d'activité en position statique prolongée au-delà de 5-10 minutes ou d'activité debout prépondérante, pas de position statique assise au-delà de trois-quarts d'heure sans possibilité de varier les positions, privilégier les activités à caractère semi-sédentaire permettant les alternances de position, pas de montée et descente d'escaliers à répétition, pas d'activités nécessitant des positions à genuflexion ou accroupies à répétition, pas d'activité à l'origine de phénomènes de vibrations de 5 Hz ou plus), le taux d'activité théoriquement possible était de 100%, avec une baisse de rendement de 15% au maximum, une telle activité étant théoriquement possible depuis

au moins le début de l'année 2009 (après les différentes interventions instrumentales sur le rachis à but antalgique).

Dans un rapport d'examen du 16 juillet 2009, le Dr Q. _____ du SMR a confirmé que la capacité de travail de l'assurée dans une activité totalement adaptée était de 85%.

Par communication du 5 octobre 2009, l'OAI a accordé à l'assurée une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi. Par projet de décision du même jour, il a en outre préavisé en faveur du refus de rente d'invalidité. Il a retenu en substance que dans des activités industrielles légères, sa capacité de travail s'élevait à 85% (plein temps avec diminution de rendement de 15%) à partir de janvier 2009. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 41'891 fr. 20 et d'un revenu avec invalidité de 35'908 fr. 90, il en résultait une perte de gain de 5'982 fr. 30, correspondant à un degré d'invalidité de 14.28% sur la part active. L'OAI a pour le surplus établi le calcul suivant:

"Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Active	80.00%	14.28%	11.42%
Ménagère	20.00%	19.10%	3.82%
Degré d'invalidité			15.24%"

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, il n'ouvrait pas le droit à la rente.

L'assurée, par son conseil, Me Anne-Sylvie Dupont, a présenté ses observations sur le projet de décision le 15 décembre 2009. Elle a en substance fait valoir qu'elle avait développé des troubles psychiatriques du fait de ses atteintes à la santé, lesquels n'avaient pas été pris en compte. Elle a joint à son envoi un courrier de son médecin traitant à son avocate du 4 décembre 2009, dans lequel celui-ci expliquait que la piste à explorer était celle du psychisme, dans la mesure où sa patiente était certainement déprimée, même s'il lui était difficile de le reconnaître.

Le 5 février 2010, l'assurée a encore transmis à l'OAI un rapport médical du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, que ce dernier avait adressé le 3 février 2010 à Me Dupont. Le Dr B._____ y expliquait avoir rencontré l'assurée pour la première fois le 6 janvier 2010, et avoir constaté que celle-ci souffrait d'une dépression sévère avec pleurs, angoisses, trouble du sommeil, baisse de l'estime de soi, culpabilité, ralentissement psychomoteur, nervosité et irritabilité, posant le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Le Dr B._____ a mis la patiente au bénéfice d'une incapacité de travail totale jusqu'à fin février 2010 et a introduit un traitement.

Sur demande de l'OAI, le Dr B._____ lui a adressé un rapport médical le 24 mars 2010. A cette occasion, il a à nouveau posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), qu'il faisait remonter à 2009. Il estimait que la capacité de travail était inexistante et considérait que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle de plus de 50%, sans être en mesure d'établir un calendrier. Il a joint à son envoi un rapport médical du 11 janvier 2010 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil pour le [...], selon lequel l'assurée n'était pas en mesure de reprendre une activité d'aide soignante à plus de 50%. Le Dr S._____ observait encore ce qui suit:

"L'AI dans son rapport médical du 10 juin 2009 a reconnu cette assurée apte à reprendre une activité à 85% au moins de manière adaptée, mais ne se basait à l'époque que sur l'affection du rachis et les conséquences neurologiques irritatives. En prenant en bloc tous les problèmes que présente l'assurée actuellement, il me paraît difficile, voire non réalisable, en l'état actuel, d'envisager une réadaptation dans quelque activité que ce soit. Je vous proposerais donc de maintenir l'incapacité de travail actuelle à 50% avec les limitations fonctionnelles déjà mentionnées dans le rapport de l'AI du 10 juin 2009 et, si la situation devait continuer de se péjorer, de demander un rapport à son psychiatre, le Dr B._____ d'ici deux mois".

Par courrier du 18 juin 2010 au Dr B._____, le Dr Q._____ du SMR lui a demandé s'il jugeait la proposition suivante applicable:

"Maintenant que vous traitez notre assurée pour un épisode dépressif depuis six mois, estimez-vous que son état de santé lui permet d'entamer des mesures de réinsertion professionnelle progressive? Il s'agirait de débiter une activité adaptée à ses limitations, à raison de deux heures par jour, quatre jours par semaine, sans exigence de rendement. Une augmentation progressive du taux d'activité aurait lieu selon l'évolution et la tolérance de l'assurée".

Dans sa correspondance du 2 juillet 2010 au Dr Q._____, le Dr B._____ a expliqué que l'assurée passait actuellement une mauvaise période avec accroissement de symptômes psychiques et physiques. Il était d'avis que bien qu'une reprise de l'adaptation professionnelle soit souhaitable, elle était prématurée pour le moment.

Par avis médical du 6 août 2010, le Dr Q._____ a relevé que de l'avis du Dr B._____, des mesures de réinsertion ne semblaient pas possibles avant l'automne 2010. L'incapacité de travail pour un épisode dépressif ayant débuté en janvier 2010, la situation n'était pas encore stabilisée, des mesures de réadaptation ou d'ordre professionnel n'étant actuellement pas possibles. Il proposait dès lors de demander un nouveau rapport complet au Dr B._____ en octobre 2010. L'OAI a mis fin provisoirement à l'aide au placement accordée par communication du 5 octobre 2009, par courrier du 25 août 2010.

Dans son rapport médical du 26 octobre 2010 à l'OAI, le Dr B._____ a maintenu avec effet sur la capacité de travail le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis 2009, observant que le diagnostic de troubles statiques de la colonne vertébrale était quant à lui sans effet sur la capacité de travail. Il a relevé suivre toujours l'assurée régulièrement, l'aggravation de l'état de santé persistant malgré le traitement. Vu l'évolution, il était d'avis que la probabilité de succès de la mesure de réadaptation s'amenuisait, la patiente se dirigeait vers une incapacité de travail totale et définitive. Elle présentait actuellement une incapacité de travail totale depuis fin 2009.

Par avis médical du 15 novembre 2010, le Dr Q._____ a proposé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

L'assurée a été examinée le 16 mars 2011 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport le 5 mai 2011. Il n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux de trouble somatoforme (F45) et de personnalité dépendante (F60.9) étant retenu sans effet sur la capacité de travail. Le Dr M._____ n'a retenu aucune maladie ou trouble de la personnalité à caractère handicapant justifiant l'incapacité de travail de l'assurée du point de vue psychiatrique. Au plan physique, il a renvoyé aux conclusions du rapport d'expertise rhumatologique effectué en juin 2009.

Dans son avis médical du 18 mai 2011, le Dr Q._____ a relevé que la capacité de travail de l'assurée était entière au plan psychiatrique, si bien que l'exigibilité globale dépendait uniquement de l'atteinte somatique, laquelle était définie au terme de l'examen rhumatologique du 10 juin 2009.

Par décision du 10 janvier 2012, l'OAI a adressé à l'assurée une décision identique à son projet du 5 octobre 2009. Il a relevé que le Dr M._____ avait indiqué dans son rapport d'expertise du 5 mai 2011 que sa capacité de travail était de 100%, le trouble somatoforme et la personnalité dépendante étant sans répercussion sur la capacité de travail et les critères de gravité du trouble somatoforme ne permettant pas de lui reconnaître un caractère invalidant. L'OAI expliquait dès lors que seule l'atteinte somatique au niveau des lombosciatalgies gauches rendait l'exigibilité de la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'aide-infirmière, la capacité de travail étant de 85% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles listées dans son préavis du 5 octobre 2010, et ce à partir de janvier 2009.

B. Par acte du 10 février 2012, J._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une

rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2009, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de l'affaire à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé ne lui a pas donné la possibilité de s'exprimer sur le rapport d'expertise psychiatrique du 5 mai 2011, exposant que l'intimé aurait dû rendre un nouveau préavis, intégrant les résultats des nouveaux examens médicaux, sauf à violer la procédure prévue aux art. 57a et 69 LAI, admettant toutefois qu'ayant eu la possibilité de s'exprimer sur le rapport d'expertise litigieux en recours, cette question souffrait de demeurer ouverte. Dans un autre moyen, en déclarant ne pas remettre en cause le statut d'active à 80% et de ménagère à 20%, ni le fait que son activité habituelle d'aide soignante ne soit plus adaptée, elle conteste l'évaluation de son état de santé à laquelle a procédé l'intimé. Elle déplore ainsi notamment que l'intimé ait procédé à deux examens médicaux distincts (l'un rhumatologique, l'autre psychiatrique), à deux ans d'intervalle, sans consilium interdisciplinaire. Au plan somatique, elle se réfère notamment au rapport du Dr E. _____ du 9 avril 2010, qu'elle produit, lequel estime sa capacité de travail à 50%, y compris dans une activité légère adaptée, se référant à l'avis du Dr S. _____. Ce médecin précise par ailleurs que sur le plan purement objectif, l'évolution demeure globalement stationnaire au niveau lombovertébral. Elle relève encore que son état de santé s'est péjoré postérieurement à l'examen du SMR, se référant à un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 31 août 2010, qu'elle produit. Il en résulte qu'elle présente des phénomènes inflammatoires acromio-claviculaires d'origine dégénérative, un "impingement syndrom" avec tendinopathie du sus-épineux voire petites lésions focales de sa surface inférieure, ainsi qu'un tout petit épanchement intra-articulaire. Elle déplore à cet égard que ces problèmes n'aient pas été investigués. Sur le plan psychiatrique, elle relève que l'expertise du Dr M. _____ ne se base que sur un seul entretien, que l'expert se prononce sur sa façon de s'exprimer alors qu'elle s'exprimait en portugais, qu'elle maîtrise parfaitement le français, que l'on ignore l'identité de l'interprète, que le dosage de [...] n'a pas été fait, qu'il y a lieu de douter des résultats d'un test de Hamilton alors qu'elle est sous traitement au [...] depuis plus d'une année, en déduisant

que l'expertise n'a pas été réalisée conformément aux règles de l'art, si bien qu'il ne peut lui être reconnu une pleine valeur probante. Elle produit un courrier de son psychiatre traitant du 27 janvier 2012 confirmant ses dires. Pour le surplus, elle fait valoir qu'il n'a pas été tenu compte d'une multitude d'autres atteintes, pourtant documentées. Elle relève encore que compte tenu de ses limitations fonctionnelles, on peut douter du réalisme d'un reclassement professionnel, faisant valoir à titre subsidiaire qu'il convenait au minimum de mettre en place une mesure d'orientation professionnelle pour déterminer concrètement quelle activité était susceptible de convenir. Elle fait par ailleurs valoir que l'enquête ménagère date du 17 décembre 2008, soit plus de trois ans avant la décision entreprise, si bien qu'elle n'est plus à jour, compte tenu notamment des troubles survenus au niveau de l'épaule, de l'absence de prise en compte du traitement au [...] et de la liste des limitations fonctionnelles. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire neutre et, pour le cas où l'instruction serait jugée suffisante, la mise en œuvre d'un stage d'orientation professionnelle.

Dans sa réponse du 13 mars 2012, l'intimé produit un avis du SMR du 8 mars 2012, selon lequel des renseignements sont nécessaires pour documenter l'atteinte à l'épaule gauche, qui ne lui était pas connue, en précisant qu'une expertise pluridisciplinaire ne se justifie pas. L'avis médical du Dr Q. _____ du 8 mars 2012 a la teneur suivante:

- " - Pièce 12 (rapport du Dr E. _____ du 09.04.2010):
 - o On constate que toutes les situations dans lesquelles des douleurs subsistent (position statique debout, trop longtemps assise, tout effort mettant à contribution son dos, positions inadéquates) figurent dans les limitations fonctionnelles que nous avons déterminées dans le cadre de l'examen clinique du 10.06.2009. Par conséquent, ces douleurs ne sauraient justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.
 - o Sur le plan du traitement, force est de constater que la médication antalgique a été allégée entre juin 2009 et avril 2010, puisque l'assurée ne prend plus que de [...], le [...] étant en réserve, tandis que lors de notre examen, elle prenait de [...], du [...] et du [...] en réserve.
 - o Sur le plan objectif (status), on ne relève pas de différences significatives entre les constatations faites en juin 2009 et celles

du Dr E. _____ en avril 2010. Ce dernier, qui avait déjà examiné l'assurée en juillet 2008, atteste d'ailleurs que l'"évolution reste globalement stationnaire au niveau lombovertébral".

- o Sans mentionner aucune justification médicale, le Dr E. _____ estime l'incapacité de travail à 50% dans un emploi léger et adapté tenant compte des limitations fonctionnelles de la patiente.

Il s'agit d'une appréciation différente de la capacité de travail sur la base des mêmes constatations que celles faites au SMR. Cet avis non motivé ne saurait l'emporter sur celui du SMR comportant une motivation médicale détaillée et cohérente.

(...)

- pièce 15 (rapport du Dr B. _____ à Me Dupont, le 27.01.2012):

- o Le Dr B. _____ met en doute l'expertise du Dr M. _____ au motif que celui-ci n'a vu l'assurée qu'une fois, ce qui ne permettrait pas d'apprécier les variations du trouble dépressif au cours du temps. Ce sont pourtant les conditions habituelles et communément admises d'une expertise médicale. Par ailleurs, les variations éventuelles de l'humeur sont explorées par l'expert au travers de l'anamnèse et ne nécessitent pas un suivi de l'expertisée sur plusieurs séances.
- o Dans le même ordre d'idées, la critique concernant la présence d'un interprète n'est pas pertinente, puisqu'il s'agit de la pratique unanimement recommandée lorsque l'expertisé(e) est de langue maternelle différente de celle de l'expert ou du moins ne maîtrise pas suffisamment la langue de l'expert pour se faire comprendre de façon certaine.
- o L'absence de dosage [...] (antidépresseur) ne permet pas d'invalider les conclusions de l'expert. En effet, ce dernier n'a pas constaté de trouble de l'humeur indépendant du syndrome somatoforme douloureux, a dosé quatre autres substances antidépressives ou analgésiques prescrites à l'assurée et ne base pas ses conclusions sur la compliance ou la non compliance thérapeutique de l'assurée.
- o Le test de Halminton est une échelle pour évaluer l'évolution des symptômes dépressifs lors du traitement de la dépression (www.psychomdia.qc.ca/tests/halminton). Il s'agit d'un outil destiné à mesurer les effets thérapeutiques de la prise en charge de la dépression. Cet outil n'est ni adapté ni validé pour établir un diagnostic dans le cadre d'une expertise. Il ne devait donc pas être utilisé dans ce contexte.

Les arguments du Dr B. _____ ne jettent aucun doute sérieux sur la qualité de l'expertise du Dr M. _____ et la valeur probante de son rapport".

Dans sa réplique du 20 avril 2012, la recourante fait à nouveau valoir qu'elle n'a fait l'objet que d'examen sectoriels, et non d'une expertise pluridisciplinaire. Elle relève en outre que le Dr Q. _____, au

bénéfice d'une spécialisation FMH en anesthésiologie, n'est pas qualifié pour trancher les divergences entre les analyses de deux psychiatres.

Le 10 mai 2012, l'intimé a expliqué qu'il n'avait rien à ajouter, renvoyant à son écriture du 13 mars 2012.

C. Par avis du 5 juin 2012, les parties ont été informées qu'il apparaissait qu'une évaluation médicale complète de l'état de santé de la recourante s'imposait et que le Centre d'expertise [...] (ci-après: [...]) serait mandaté à cet effet. Les parties ont ensuite adressé leurs questionnaires respectifs à la Cour de céans.

Le [...], sous la signature des Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, H._____, spécialiste en rhumatologie, T._____, spécialiste en neurologie et L._____, spécialiste en médecine interne générale, a rendu son rapport d'expertise pluridisciplinaire le 28 mars 2013. A cette occasion, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur troubles dégénératifs disco-vértébraux et canal lombaire étroit L4-L5 (M51.1) et de périarthrite scapulo-humérale gauche avec conflit sous-acromial (M75.0) ont été retenus. Sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont en outre retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), d'asthme bronchique (adolescence), de côlon irritable et d'hypoacousie droite.

Les experts ont par ailleurs retenu ce qui suit sous la rubrique «synthèse et discussion» de leur rapport du 28 mars 2013:

"SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale:

Madame J._____ est une assurée portugaise de 43 ans, mariée et mère de deux fils de 8 et 19 ans. Elle est arrivée en Suisse en 1994 et possède un permis C. Scolarisée jusqu'à l'âge de 10 ans, elle n'a aucune formation professionnelle. En Suisse, elle a travaillé d'abord comme femme de chambre, puis à la buanderie d'un hôtel, avant d'être engagée comme aide-soignante dans un EMS en juin 2000, à 100% d'abord et à 80% dès le 01.01.2007.

L'expertisée est en incapacité de travail depuis le 09.05.2008 en raison de lombalgies évoluant depuis une quinzaine d'années. Celles-ci se sont aggravées en 2007/2008, se compliquant dès lors de sciatgies gauches postéro-externes exacerbées par les positions statiques prolongées et la marche, avec paresthésies du gros orteil et manque de force global du membre inférieur gauche. Il n'y a pas de plainte concernant le membre inférieur droit.

Depuis quelque temps, Madame J._____ signale aussi des douleurs de l'épaule gauche, sans cervicoradiculalgies ni troubles sensitivomoteurs.

En raison des troubles lombaires, Madame J._____ a subi de nombreuses investigations, dont plusieurs IRM lombaires qui ont révélé des altérations dégénératives disco-vertébrales étagées de L1 à S1 prédominant en L3-L4 et surtout L4-L5; à ce dernier niveau, il existe une protrusion discale associée à une arthrose facettaire et une hypertrophie des ligaments jaunes, entraînant un rétrécissement du diamètre du canal rachidien constitutionnellement déjà étroit.

En raison de ces troubles, de nombreux traitements ont été prescrits, notamment AINS, antalgiques mineurs, [...], antidépresseurs (Dr B._____), physiothérapie, ostéopathie, discographie suivie d'infiltrations péridurales et facettaires, enfin semble-t-il une discectomie percutanée L4-L5 par le Dr G._____, le tout sans effet bien significatif sur les plaintes.

Rappelons que le Dr E._____ n'a pas retenu d'indication opératoire en l'absence de signe neurologique majeur tant irritatif que déficitaire, qu'un trouble anxio-dépressif secondaire aux douleurs a été évoqué par le Dr B._____, et que la compliance aux médicaments a été considérée comme douteuse sur la base d'un dosage de la médication (mais le [...] n'avait pas été dosé).

Madame J._____ a également été examinée au SMR par le Dr C._____, rhumatologue.

Celui-ci a confirmé les troubles dégénératifs rachidiens avancés, avec discarthrose étagée, protrusion discale et insuffisance discale L4-L5, et a retenu des signes de non organicité compatibles avec un phénomène de majoration des plaintes. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante, de 50% dans l'activité aménagée en EMS et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites mais avec une baisse de rendement de 10-15%. Cette appréciation et la décision AI qui en a découlé ont été contestées par Madame J._____.

Entre temps Madame J._____ a développé, depuis environ deux ans, une périarthrite de l'épaule gauche partiellement améliorée par une infiltration il y a un an et demi. Une IRM de l'épaule gauche du 31.08.10 a mis en évidence des phénomènes inflammatoires acromio-claviculaires d'origine dégénérative, un impingement syndrom avec tendinopathie du sus-épineux voire une petite lésion focale sur sa surface inférieure, et un tout petit épanchement intra-articulaire.

Madame J._____ a consulté le Dr B._____, psychiatre, le 06.01.2010 qui a retenu un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et a remplacé le [...] par du [...]. Il a également signé une incapacité de travail totale dès ce jour-là. En octobre 2010, vu l'absence d'amélioration, le psychiatre a introduit du [...] le soir. Des mesures de réinsertion professionnelle n'ont alors pas pu être

envisagées; le Dr B. _____ a estimé que sa patiente se dirigeait vers une incapacité de travail totale et définitive.

Plus récemment, l'expertisée a été prise en charge par le Dr [...], neurochirurgien, qui va effectuer de nouvelles discographies provocatrices à but diagnostique et, selon les résultats, discuter d'une intervention neurochirurgicale.

Une expertise psychiatrique, mandatée par l'OAI, a été effectuée en mai 2011 par le Dr M. _____. L'expert a conclu aux diagnostics de trouble somatoforme (F45) et de personnalité dépendante (F60.9), tous deux sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a décrit des symptômes relevant plus d'un trouble mixte anxio-dépressif secondaire aux douleurs, accompagnant d'une manière naturelle l'évolution d'un trouble somatoforme.

L'OAI a alors confirmé sa décision de refus de rente invalidité le 10.01.2012. Par le biais de son avocate, Madame J. _____ a fait recours à la CASSO du Tribunal cantonal, le 10.02.2012.

Par ailleurs, Madame J. _____ présente diverses affections sans conséquence sur la capacité de travail:

— Un asthme bronchique, sans allergie ni atopie, légèrement majoré par les infections banales des voies aériennes, sinon asymptomatique sous [...], avec [...] en réserve.

— Des acouphènes et une hypoacousie droite ayant motivé une tympanoplastie en 2010 avec reprise au début 2012, sans amélioration significative. Les acouphènes sont peu gênants, ne perturbant que la phase d'endormissement.

— Une constipation terminale associée à un côlon irritable à l'origine de coliques itératives et d'un ballonnement.

— Des épigastralgies avec éventuel reflux favorisées par la prise d'AINS, justifiant un traitement de [...], contrôlant favorablement la symptomatologie.

— Une tendance à l'hypotension artérielle, sans malaise récent ni traitement. Il existe aussi des douleurs thoraciques atypiques survenant en cas de stress et d'émotion. Un bilan cardiologique effectué en 2007 était normal.

Situation actuelle et conclusions:

Sur le plan de la médecine interne, Madame J. _____ présente une symptomatologie compatible avec des troubles fonctionnels cardiaques à type de palpitations et piquées ainsi que des troubles fonctionnels digestifs avec côlon irritable et constipation terminale sévère. Elle se plaint aussi d'une hypoacousie droite et d'acouphènes.

Aucune de ces affections n'entraîne de limitations fonctionnelles dans l'activité d'aide-soignante.

Sur le plan rhumatologique, Madame J. _____ se plaint, depuis 2007, de lombosciatalgies gauches handicapantes, constantes et intenses (maximum 8-9 sur 10), qui n'ont pas changé au cours du temps; seules les irradiations dans la jambe gauche, avec sensation de paresthésies, d'engourdissement et de manque de force ont diminué. Les limitations fonctionnelles restent importantes puisqu'elle décrit une incapacité à rester debout plus de 10 minutes, assise plus de 20 minutes, à se pencher en avant, à porter plus de 4 à 5 kg et à effectuer des mouvements brusques du tronc. Ces douleurs l'empêchent d'effectuer

certaines activités quotidiennes, comme mettre ses chaussettes le matin, porter des plats lourds, passer l'aspirateur, faire les lits, etc.

A l'examen clinique, on constate une posture rigide du dos liée partiellement à de l'appréhension, expliquant en partie que la mobilisation du tronc soit fortement limitée, en flexion antérieure (distance doigt-sol de 50 cm), mais aussi en extension et inclinaison gauche. Ces trois manœuvres provoquent des douleurs lombaires gauches, toutefois sans irradiation dans la jambe gauche. La palpation de la colonne lombaire au niveau segmentaire est sensible à plusieurs niveaux, de L2 à S1, tant en interépineux qu'en paravertébral, avec prédominance gauche. Il existe également des tendinomyalgies fessières gauches.

Dans l'ensemble, il n'y a actuellement pas d'élément évoquant un syndrome somatoforme douloureux puisque on ne trouve que 4/18 points de Smythe et que les signes de Waddell sont négatifs (2/5) et qu'il n'y a pas lors de l'examen de comportement démonstratif.

Les constatations radiologiques (cf. IRM lombaire de 2008) peuvent expliquer en grande partie ces lombalgies chroniques puisque, lors de cet examen, on constate une discopathie significative en L1-L2, une discopathie marquée à caractère protrusif en L3-L4 ainsi qu'une discopathie nettement plus protrusive en L4-L5, provoquant un rétrécissement focal du canal lombaire à ce niveau. Il n'existe pas de signe d'inflammation des vertèbres sus- et sous-jacentes (MODIC) suspect d'une instabilité.

Madame J._____ souffre par ailleurs d'une symptomatologie de périarthrite de l'épaule gauche depuis environ deux ans, partiellement améliorée après infiltration de l'épaule il y a un an et demi. Actuellement, les symptômes de conflit sous-acromial, avec limitation lors des manœuvres d'élévation et d'abduction au-dessus de l'horizontale, persistent, entraînant une gêne modérée lors du port d'objets lourds avec les deux mains; pour saisir quelque chose en hauteur, elle utilise le plus souvent son bras droit. A l'examen clinique, on retrouve clairement les signes d'un conflit sous-acromial, avec limitation active en élévation-abduction au-dessus de l'horizontale et manœuvre de Neer clairement positive; on ne trouve pas de souffrance de l'acromio-claviculaire. Le testing de la coiffe des rotateurs est difficilement évaluable puisque toutes les manœuvres de la coiffe sont retenues comme douloureuses, toutefois sans lâchage.

Ces symptômes peuvent être expliqués par les constatations radiologiques décrites lors de l'IRM de l'épaule gauche en 2010, montrant un impingement syndrom avec tendinopathie du sus-épineux.

Evaluation des capacités fonctionnelles et professionnelles

L'atteinte de la région lombaire justifie des limitations comprenant les ports de charges répétées de plus de 5 kg, les positions contraignantes pour le dos - principalement tronc penché en avant de façon persistante ou répétitive - ainsi que les positions statiques prolongées en position assise et debout (maximum 20-30 minutes). Ces limitations sont relativement bien corrélées aux constatations radio- cliniques décrites ci-dessus.

Les douleurs de l'épaule gauche entraînent des limitations dans les activités bras au-dessus de l'horizontale de façon répétée ou soutenue, surtout du côté gauche, ainsi que lors de port de charges lourdes bimanuel ou de port de charges de plus de 5 kg du côté gauche. Il faut

également éviter des mouvements répétitifs au niveau de l'épaule gauche (par exemple dans un travail à la chaîne).

Au vu de la description de ces limitations fonctionnelles, on peut retenir une incapacité de travail complète dans l'activité d'aide-soignante ou de femme de ménage dans un hôtel. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus, la capacité de travail ne dépasse pas 60%. En effet, le tableau clinique actuel reste très algique, avec de nombreuses limitations fonctionnelles. Même à domicile, l'expertisée doit fractionner ses activités ménagères et se coucher à de nombreuses reprises durant la journée, durant 15-20 minutes, afin de diminuer l'intensité des douleurs. Toutefois, nous estimons Madame J._____ capable de travailler 5 heures par jour dans une activité adaptée.

Sur le plan neurologique, Madame J._____ se plaint de lombosciatalgies gauches persistantes, augmentant dans toute position prolongée ainsi qu'en station debout et à la marche, pouvant s'accompagner de paresthésies au niveau du gros orteil et d'un manque de force du membre inférieur gauche. L'expertisée ne signale ni plainte au niveau du membre inférieur droit, ni cervico-radicalgies, mais se plaint de douleurs au niveau de l'épaule gauche irradiant le long du membre supérieur gauche. Cette symptomatologie persiste malgré de très nombreux traitements, effectués notamment par le Dr G._____.

A l'examen clinique, on note une bonne mobilité de la nuque, dont la mobilisation est indolore. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze ne sont ni contracturés, ni sensibles. L'examen du rachis dorsolombaire ne révèle pas de syndrome lombo-vertébral significatif, mais la flexion latérale et surtout la flexion antérieure lombaire maximale paraissent fortement limitées et provoquent des douleurs locales. Les différentes épreuves de marche sont correctement effectuées, mais avec lenteur. A l'examen des membres supérieurs, on note, à gauche, une limitation de la mobilité de l'épaule avec phénomènes de lâchage étagés au testing de la force musculaire, mais sans altération de la trophicité musculaire, des réflexes tendineux ni de la sensibilité. L'épreuve des bras tendus et les mouvements rapides sont bien effectués. A l'examen des membres inférieurs, alors que les points de Valleix sont négatifs ddc, on observe un pseudo-Lasègue à gauche dès 30-40°. L'épreuve des jambes fléchies est impossible à gauche en raison de la provocation de douleurs majeures. Les mouvements rapides sont ralentis à gauche. Enfin, alors que la trophicité musculaire et les réflexes tendineux sont bien préservés, le testing de la force musculaire est caractérisé par des phénomènes de lâchage étagés au niveau du membre inférieur gauche et l'examen de la sensibilité révèle une apparente hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche, sans topographie radiculaire ou tronculaire.

L'examen clinique a été complété par un ENMG qui ne révèle pas de signe d'atteinte neurogène périphérique significative dans l'ensemble des muscles examinés, à savoir au niveau des membres inférieurs ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire; du côté gauche, les tracés aux mouvements sont à basse fréquence mais normalement riches, typiques de phénomènes de lâchage.

L'examen neurologique présent est clairement dominé par des facteurs de majoration des symptômes, avec des troubles sensitivomoteurs au niveau du membre inférieur gauche sans caractère radiculaire, le tout

contrastant avec l'absence de toute anomalie à l'ENMG. Les constatations précitées, l'absence de substrat somatique clairement documenté malgré les anomalies radiologiques de même que l'absence de toute réponse favorable aux différents traitements effectués jusqu'ici permettent de conclure que, s'il existe une épine organique sous-jacente, celle dernière est actuellement noyée par des éléments de surcharge/majoration des symptômes.

Du point de vue thérapeutique, dans cette situation, nous ne pouvons qu'enjoindre les différents médecins traitants à rester extrêmement prudents quant à toute démarche semi-invasive et invasive, d'autant que les tentatives préalables sont restées sans effet. Nous rejoignons donc l'avis du Dr E. _____, qui estime qu'il n'y a actuellement pas d'indication formelle à une sanction neurochirurgicale (décompression et stabilisation L4-L5). Dans l'immédiat, il convient de poursuivre les AINS et antalgiques et de mettre l'accent sur les mesures psychiques.

Sur un plan neurologique strict, il n'y a pas d'incapacité de travail.

Sur le plan psychique, Madame J. _____ affirme que ses problèmes résultent de son atteinte physique.

Si, dans un premier temps, ses douleurs handicapantes l'ont angoissée, si elle craignait pour son futur, vu son incapacité à progresser et sa dépendance à son mari de plus en plus grande, elle affirme qu'aujourd'hui c'est principalement l'avenir de sa famille qui la préoccupe car elle ne voit pas pour elle d'autre solution que la mort pour échapper à ses douleurs. Elle avait envisagé quatre scénarios de suicide, l'an passé, mais n'a jamais passé à l'acte.

Elle reconnaît une amélioration de son état psychique depuis l'introduction du [...] au début 2010, et une amélioration encore plus grande depuis sa décision de mettre ultérieurement fin à ses jours.

Elle se plaint néanmoins encore d'une humeur triste, d'une perte de l'intérêt et du plaisir, d'une fatigabilité importante avec diminution de ses activités et d'un sentiment d'inutilité.

Cette symptomatologie peut varier et s'est montrée moins importante pendant ses vacances d'été au [...].

Elle se dit alternativement ralentie et agitée ou les deux à la fois.

Sa confiance en elle, son estime d'elle-même ont diminué, tout comme sa concentration et son attention.

Elle rapporte des troubles de la mémoire lorsque ses envies de disparaître l'envahissent.

Elle relève aussi des troubles du sommeil, de l'appétit ainsi que des troubles neurovégétatifs.

A l'observation, on découvre une femme soignée, souriante, relativement démonstrative. Elle est collaborante et accueille l'expert en souriant.

On ne relève pas de fatigabilité, pas de ralentissement psychomoteur, ni de troubles cognitifs et des fonctions intellectuelles supérieures hormis quelques oublis qui relèvent plus d'une incapacité à se souvenir que d'un réel trouble mnésique.

Si elle est par moments triste, elle se montre surtout résignée. A aucun moment elle ne pleure.

Ses projets suicidaires ne traduisent pas une réelle envie de mourir.

On la sent, par contre, tendue, préoccupée et inquiète.

Il n'y a pas de symptôme de la lignée psychotique.

On relève une certaine inauthenticité. Certaines mimiques ne corroborent, en effet, pas ses propos qui n'apparaissent pas toujours appropriés.

Madame J._____ est, par ailleurs, par moments, provocatrice, adoptant une attitude histrionique.

Elle est focalisée sur ses douleurs qui prennent une grande place dans son discours et qui semblent l'envahir, annihilant ainsi son énergie vitale. Elle réagit à ses douleurs par un sentiment de détresse et redoute la persistance voire une aggravation de son état physique.

On retiendra nous aussi le diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques: F68.0.

Madame J._____ présente certes une symptomatologie dépressive et anxieuse mais l'intensité de celle-ci ne semble pas aussi importante qu'elle ne le rapporte. Elle reconnaît, par ailleurs, une amélioration de son état psychique depuis l'introduction du [...], en janvier 2010. Le Dr B._____ avait, par ailleurs, ajouté du [...] pour optimiser encore ce traitement, en octobre 2010 en tentant de diminuer les troubles du sommeil. Le résultat sanguin de celui-ci ne correspond toutefois pas aux dosages prescrits et il conviendrait d'en investiguer les raisons.

Vu la persistance, à ce jour, de troubles anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres ne justifie un diagnostic séparé ainsi que la présence de troubles neurovégétatifs, nous retenons, comme l'avait déjà évoqué le Dr M._____, en 2011, un Trouble anxieux et dépressif mixte: F41.2, secondaire aux douleurs.

On relèvera aussi des traits de personnalité dépendante chez cette expertisée.

Madame J._____ a diminué sa vie sociale et a tendance à vivre repliée sur elle-même. Elle ne fréquente que sa famille, dit parfois se forcer pour sortir avec son mari mais elle a pu partir et profiter de ses vacances.

Le contact avec les résidents de l'EMS, qui était valorisant, lui manque.

Nous ne pouvons donc pas parler d'une perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Du point de vue psychique, il est d'ailleurs regrettable que l'expertisée doive renoncer à son activité d'aide-soignante, laquelle jouait un rôle très positif sur un plan narcissique.

La problématique psychique actuelle de l'expertisée n'a pas d'incidence sur sa capacité de travail.

Madame J._____ s'inscrit, cependant, malgré un traitement adéquat, comme une malade chronique, dont l'évolution psychique reste liée à son évolution physique, alors qu'elle possède les ressources psychiques nécessaires pour surmonter ses difficultés.

Conclusions générales:

La synthèse des diverses appréciations permet de retenir plusieurs points.

On relève d'une part des *lombosciatalgies sur troubles dégénératifs disco-vertébraux et canal lombaire étroit et une périarthrite scapulo-*

humérale gauche avec conflit sous-acromial. Ces diagnostics sont considérés comme invalidants sous l'optique rhumatologique, ils ne le sont pas du point de vue neurologique, car il n'y a pas de déficit moteur ou sensitif.

Le fait d'une constatation organique objective n'exclut pas de fait la possibilité qu'il puisse s'y ajouter un diagnostic de Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ce qui est le cas ici et représente une manière de fonctionner.

L'activité d'aide-soignante n'est plus possible en fonction des limitations fonctionnelles.

Une activité adaptée est possible à 60%".

Les experts ont en outre retenu les limitations fonctionnelles suivantes:

"Sur le plan physique

L'atteinte de la région lombaire justifie des limitations comprenant les ports de charges répétés de plus de 5 kg, les positions contraignantes pour le dos, principalement le tronc penché en avant de façon persistante ou répétitive ainsi que les positions statiques prolongées en position assise et debout (maximum 20-30 minutes). Ces limitations sont relativement bien corrélées aux constatations radio-cliniques décrites ci-dessus. Les douleurs de l'épaule gauche entraînent également des limitations dans des activités les bras au-dessus de l'horizontale de façon répétée ou soutenue surtout du côté gauche ainsi que lors de port de charges lourdes bimanuelles ou des ports de charge de plus de 5 kg du côté gauche. Il faut également éviter des mouvements répétitifs au niveau de l'épaule gauche (par exemple dans un travail à la chaîne).

Sur le plan psychique et mental

Il n'y a pas de limitations pour des raisons psychiques.

Sur le plan social

Repli social, mais contacts au sein de la famille élargie".

Les parties ont été invitées à se déterminer sur l'expertise.

Dans ses déterminations du 29 avril 2013, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en relevant que le degré d'invalidité de la recourante s'élevait selon ses calculs à 33%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Il a joint à son envoi sa feuille de calcul.

Dans ses déterminations du 30 mai 2013, la recourante fait à nouveau valoir que dans la mesure où les experts ne donnent pas

d'exemples de professions qui seraient adéquates, elle requiert la mise en œuvre d'un stage d'observation. Elle fait par ailleurs valoir que depuis le dépôt de recours, son jeune fils a grandi et que sans atteinte à la santé, elle travaillerait désormais à 100%, requérant la tenue d'une audience pour être entendue sur ce point.

Se déterminant à nouveau le 1^{er} juillet 2013, l'OAI explique qu'il n'est à ses yeux pas justifié de mettre en œuvre un stage d'observation et que l'évolution du statut postérieure à la décision attaquée ne peut être prise en compte dans la présente procédure.

Le 8 juillet 2013, la recourante a renouvelé sa requête tendant à son audition en lien avec la question du statut. Elle a en outre contesté l'abattement de 15% retenu par l'OAI et exposé que compte tenu de ses limitations fonctionnelles, c'est un abattement de 25% qui devait être retenu, ce qui, compte tenu d'un statut d'active à 100%, ouvrirait le droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 55%.

Le 10 juillet 2013, la recourante a encore expliqué qu'elle aurait repris une activité à plein temps lorsque son fils aurait commencé l'école primaire, soit en août 2010, date qui est antérieure à la décision attaquée.

L'OAI a maintenu sa position dans son écriture du 13 août 2013.

D. Une audience d'instruction a eu lieu le 5 septembre 2013, à l'occasion de laquelle la recourante a été entendue, ainsi que les témoins [...], époux de la recourante et [...].

La recourante a expliqué que son fils aîné, âgé de vingt ans, vivant encore avec la famille, poursuivait des études d'architecture dans une école privée, ayant échoué à l'école publique. Elle a précisé vivre dans un appartement de 3 pièces par manque d'argent, et que ses enfants, de neuf et vingt ans, devaient partager leur chambre, ce qui était source de

tensions. Elle a déclaré que si elle n'avait pas de problèmes de santé, elle travaillerait à 100%, et ce depuis que son jeune fils avait commencé l'école primaire, car le salaire de son mari ne suffisait pas. Sur la question de l'OAI relative à la prise en charge parascolaire de son fils, elle a expliqué que sa famille, ainsi que son mari, pouvaient s'occuper de lui.

Lors de l'audience, Me Dupont a encore expliqué que la situation financière de la recourante s'était péjorée en particulier lorsque le fils aîné de la recourante, à l'âge de 18 ans, en 2011, avait dû être placé en école privée.

Le témoin [...], quant à lui, a déclaré qu'avec les 4'400 francs net qu'il gagnait par mois, il était très difficile de faire face à toutes les charges familiales et que si sa femme n'était pas malade, elle travaillerait aujourd'hui à 100% pour qu'ils aient une vie un peu plus normale.

Enfin, le témoin [...], déclarant être un voisin de la recourante, a expliqué qu'ils parlaient ensemble de leur vie; elle lui avait dit que si elle n'était pas malade, elle travaillerait à 100% et qu'elle et son mari avaient des difficultés économiques.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI).

b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi

cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et il respecte les autres conditions de formes prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. 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).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail, sur son statut et sur l'abattement appliqué par l'OAI sur son revenu d'invalidité.

3. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; ATF 121 V 362 consid. 1b p. 366).

b) 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, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

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] et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus [ATF 128 V 29; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 3 et 4 in: SVR 2010 IV n°11 p. 35]).

Savoir si l'on peut raisonnablement exiger d'un assuré qu'il exerce une activité lucrative et, si oui, laquelle, dépend de l'ensemble des

circonstances concrètes, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale considérée de manière objective. Néanmoins, 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, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge (facteurs étrangers à l'invalidité) (TF I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 5.2.1 et les références citées). Quant à la notion de marché du travail équilibré, il s'agit d'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'œuvre 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; voir aussi TF I 293/05 du 17 juillet 2006, consid. 5.2.1). Pour évaluer l'invalidité d'un assuré, il n'y a pas lieu d'examiner si celui-ci 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 main-d'œuvre (marché équilibré) (cf. TF I 383/06 du 5 avril 2007, consid. 4.4).

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 [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). 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 (cf. art. 27 RAI).

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; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

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 117 V 194 consid. 3b, voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3, ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et ATF 125 V 146 consid. 5c/bb; TF 9C_49/2008 du 28 juillet

2008, consid. 3.1-3.4 et TFA I 156/2004 du 13 décembre 2005, consid. 5.1.2) (cf. ATF 137 V 334 consid. 3.2).

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). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

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 aux chiffres 3079 ss de la CIIAI (Circulaire de l'OFAS [Office fédéral des assurances sociales] sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité) (ATF 130 V 61 et ATF 128 V 93; TF I 246/2005 du 30 octobre 2007, consid. 5.2.1 et les références in SVR 2008 IV n° 34 p. 111; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 128 V 93; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008, consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/2006 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.1).

d) 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 et ATF 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 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, ATF 125 V 351 consid. 3a et ATF 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

4. En premier lieu, la recourante fait état d'une violation de son droit d'être entendue, admettant toutefois que cette question souffre de demeurer indécise.

a) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4, 132 V 368 consid. 3.1; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004, consid. 2.2 et les références). La

procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable: par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (TF 9C_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2; voir aussi UELI KIESER, ATSG Kommentar, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n^{os} 7 et 8, ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (TF I 904/2006 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références; cf. aussi KIESER, op. cit., n^o 9 ad art. 42 LPGA).

b) S'il est douteux que le droit d'être entendue de la recourante ait été violé en procédure de première instance conduite devant l'office intimé, on doit constater que la recourante, de son propre aveu, a admis que cette question souffrait de demeurer indécise dans la mesure où elle a eu la possibilité de s'exprimer sur le rapport d'expertise du Dr M._____ dans la cadre de la procédure de recours. Quoi qu'il en soit, en adressant à la recourante un projet de décision, l'intimé a garanti son droit d'être entendu dans la procédure préalable. Pour le surplus, ainsi que paraît l'admettre la recourante, une éventuelle violation du droit d'être entendu - qui ne revêtirait pas une gravité particulière - devrait être considérée comme réparée. En effet, la recourante s'est déterminée en recours, en réplique et à l'occasion d'observations complémentaires, ayant ainsi eu largement la possibilité de s'exprimer devant la présente juridiction, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa p. 437).

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est dès lors mal fondé.

5. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante était active à 80% et ménagère à 20%. La recourante n'a pas contesté cette répartition de la part active et de la part ménagère dans ses observations au projet de décision, pas plus qu'à l'appui de son recours, dans lequel elle a au demeurant formellement déclaré ne pas contester le statut retenu par l'intimé. Ce n'est qu'après avoir pris connaissance de l'expertise du [...] qu'elle a exposé qu'elle devait être considérée comme active à 100%, affirmant qu'elle aurait repris une activité à plein temps une fois son fils cadet entré à l'école primaire, soit en août 2010.

En pareilles circonstances, il convient de considérer, avec l'OAI, que ce sont bien les premières déclarations de la recourante qui doivent être retenues, étant rappelé que le Tribunal fédéral accorde généralement plus de valeur aux premières déclarations (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47 et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/98 consid. 2d in: Pratique VSI 4/2000 p. 199 consid. 2d p. 201; cf. également TFA I 210/06 du 19 octobre 2006, consid. 3.2; cf. aussi le commentaire de KIESER/PRIBNOW, paru in: AJP/PJA 2000 p. 1195). Lorsque la recourante a confirmé être d'accord avec le statut retenu, en février 2012, son fils cadet avait déjà commencé l'école primaire. A cette époque, elle ignorait les conclusions du rapport d'expertise qui allait être mis en œuvre ultérieurement, et, partant, c'est bien aux premières déclarations que la préférence doit être donnée, dans la mesure où les éventuelles conséquences juridiques d'une telle affirmation lui étaient inconnues et ses explications nouvelles étant manifestement le fruit de réflexions ultérieures. Pour le surplus, les explications données par les témoins amenés de la recourante à l'audience d'instruction du 5 septembre 2013 ne lui sont d'aucun secours, ces derniers ne s'étant prononcé que sur la situation actuelle, postérieure à la décision attaquée, alors que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, les faits

survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366).

b) A l'appui de son recours et de sa réplique, la recourante a pour l'essentiel contesté l'évaluation de son état de santé à laquelle avait procédé l'intimé. Elle a en particulier déploré que l'intimé ait procédé à deux examens médicaux distincts (l'un rhumatologique, l'autre psychiatrique), à deux ans d'intervalle, sans consilium interdisciplinaire, faisant état d'une péjoration de son état de santé postérieurement à l'examen du SMR, se référant à un rapport d'IRM de son épaule gauche du 31 août 2010, qu'elle produit, regrettant que ces problèmes n'aient pas été investigués et estimant pour le surplus que le rapport d'expertise du Dr M. _____ ne peut se voir reconnaître valeur probante. Par ailleurs, elle doute du réalisme d'un reclassement professionnel, faisant valoir à titre subsidiaire qu'il convenait au minimum de mettre en place une mesure d'orientation professionnelle pour déterminer concrètement quelle activité était susceptible de convenir (voir à cet égard ci-après consid. 6 e). Elle estime enfin que l'enquête ménagère n'est plus à jour (voir à cet égard ci-après consid. 6 d).

Sous l'angle médical, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au [...]. Les Drs F. _____, H. _____, T. _____ et L. _____ ont rendu leur rapport le 28 mars 2013. Celui-ci a été rédigé sur la base de quatre examens de la recourante, et a été complété par un monitoring médicamenteux et un électroneuromyogramme (ENMG). Après avoir posé l'analyse du dossier, résumé l'histoire médicale de la recourante en tenant notamment compte des plaintes de cette dernière, les experts ont décrit son anamnèse puis résumé les status sous l'angle de la médecine interne, rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Ils ont également examiné les documents d'imagerie, pour finalement établir une synthèse claire et exempte de contradiction, les conduisant à retenir une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, sans baisse de rendement. L'expertise du [...] remplit tous les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître valeur probante et permet d'arrêter la capacité de travail de la

recourante à 60% dans une activité adaptée, à compter du 13 mai 2008. Compte tenu de la mise en œuvre de cette expertise judiciaire pluridisciplinaire, il n'y a pas lieu d'examiner les griefs de la recourante dirigés contre l'expertise du Dr M._____, respectivement contre un potentiel défaut d'instruction faute d'approche pluridisciplinaire.

6. Il convient encore d'examiner le calcul du taux d'invalidité auquel a procédé l'intimé pour parvenir à un taux de 33%.

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 137 V 334 consid. 3.1.1; ATF 134 V 322 consid. 4.1; ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATF 128 V 29 consid. 1; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide, en fonction de ses connaissances professionnelles et des circonstances personnelles. Dans ce sens, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier que l'on s'en écarte et que l'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (cf. TF 9C_910/2010 du 7 juillet 2011, consid. 4.4.2 et TFA I 201/06 du 14 juillet 2006, consid. 5.2.3, avec les références citées).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'ESS (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 (ATF 124 V 323 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).

b) En l'espèce, la recourante ne conteste pas le revenu retenu sans invalidité, arrêté à 42'648 fr. 60, et qui doit être confirmé, savoir le revenu de 41'891 fr. 20 réalisé en 2009 (cf. entretien téléphonique du 6 mai 2009), indexé pour 2011, pour un taux d'activité de 80%.

Pour fixer le revenu avec invalidité, dans la mesure où l'activité habituelle d'aide soignante n'est pas adaptée et que la recourante doit désormais rechercher une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient de procéder à une approche théorique de la capacité de gain.

A cet égard, le salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, était de 4'225 fr. par mois, soit 50'700 fr. par année. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2011 (La Vie économique, n° 10-2012, tableau B 9.2, p. 94) et de l'indexation (1%) (La Vie économique, n° 10-2012, tableau B 10.2, p. 95), c'est un revenu de 53'383 fr. 30 qu'il y a lieu de retenir à 100%, correspondant à un revenu de 32'029 fr. 98 à 60%.

c) La recourante soutient que l'abattement devrait être porté à 25%.

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 (ATF 134 V 322, consid. 5.2; ATF 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 (ATF 137 V 71 consid. 5.2).

En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'abattement de 15% retenu par l'intimé qui tient compte des limitations fonctionnelles de la recourante, son âge, le genre de permis de travail qu'elle détient et le taux d'activité ne justifiant pas de procéder à un abattement plus élevé. Il en résulte que le revenu avec invalidité de 32'029 fr. 98 à 60% doit être réduit à 27'225 fr. 48 compte tenu de l'abattement de 15%.

Comparé au revenu de 42'648 fr. 60 sans invalidité, il en résulte un préjudice économique de 15'423 fr. 12, qui correspond à un taux d'invalidité de 36,16% pour la part active.

S'agissant de la part ménagère de 20%, l'empêchement est de 19.10% (cf. let. d ci-après).

Le taux d'invalidité de la recourante est ainsi le suivant:

	Part	Empêchement	Degré
d'invalidité			
Active	80%	36,16%	28,928 % (80 x 36.16 : 100)
Ménagère	20%	19,10%	3,82%
Degré d'invalidité:			32,748%, arrondi à 33%.

d) La recourante soutient encore qu'il conviendrait de mettre en œuvre une nouvelle enquête ménagère.

Il apparaît pourtant que le rapport d'enquête économique sur le ménage a été élaboré par une enquêtrice qualifiée qui avait connaissance du dossier médical de la recourante et s'est rendue au domicile de cette dernière. Elle y a entendu l'intéressée et a tenu compte des indications de celle-ci. L'enquêtrice a détaillé les empêchements dus à l'invalidité tels qu'observés pour chacun des travaux ménagers exécutés par la recourante. Elle a évalué ces empêchements en tenant notamment compte de l'aide fournie tant par le fils que par le mari de l'assurée, ceci en adéquation avec la jurisprudence topique (cf. consid. 3c supra). S'il y a lieu de constater qu'au moment de la réalisation de l'enquête, en décembre 2008, l'atteinte à l'épaule gauche n'existait pas encore, celle-ci ayant été révélée par l'IRM du 31 août 2010, cette nouvelle atteinte ne

saurait modifier de manière significative l'appréciation de l'invalidité liée aux empêchements ménagers de la recourante. En effet, selon le rapport d'expertise du [...] du 28 mars 2013, cette atteinte entraîne des limitations dans des activités impliquant de travailler avec les bras au-dessus de l'horizontale de façon répétée ou soutenue, de porter à deux mains des charges lourdes et de porter des charges de plus de 5 kg à gauche, ou encore impliquant des mouvements répétitifs au niveau de l'épaule gauche. Il apparaît donc que l'atteinte à l'épaule gauche implique surtout pour la recourante qu'elle doive éviter d'effectuer des travaux lourds, pénibles ou répétitifs, ce qui est le cas du seul chef de ses atteintes lombaires. Dans la mesure où l'évaluation faite par l'enquêtrice tient déjà compte des difficultés de la recourante à effectuer tels types de travaux lourds et que le fils et le mari de la recourante l'aident, il ne se justifie pas de procéder à une nouvelle évaluation de ses empêchements ménagers. Partant, la Cour ne voit pas de motifs justifiant de se distancer du rapport d'enquête. Ce document constitue une base de décision fiable. L'OAI était dès lors fondé à retenir, dans sa décision, un empêchement de 19.10% dans la part ménagère de la recourante, correspondant à un degré d'invalidité de 3.82% (19.10% x 20%).

Dans de telles circonstances, il ne se justifie pas de donner une suite favorable à la requête de la recourante tendant à la réalisation d'une nouvelle enquête économique sur le ménage.

e) La recourante a enfin requis la mise en œuvre d'un stage d'orientation professionnelle pour déterminer les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles. Or 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. TF I 383/06 du 5 avril 2007, consid. 4.4), il appert qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont raisonnablement exigibles de la part de la recourante, sans qu'il ne faille mettre en œuvre un stage d'observation.

7. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 10 janvier 2012, confirmée.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse, pouvant donner lieu à une nouvelle demande de prestations de l'AI sur la base de l'art. 17 LPGA (voir aussi l'art. 87 al. 3 RAI).

a) 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à charge de la recourante.

b) La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement.

L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. En l'occurrence, Me Anne-Sylvie Dupont a produit le 6 septembre 2013 la liste de ses opérations,

correspondant à 14 heures et 10 minutes de travail. Compte tenu d'un tarif horaire de 180 francs de l'heure, l'indemnité due à Me Dupont s'élève à 2'550 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), montant auquel s'ajoutent la TVA (au taux de 8%) par 204 francs. Elle a par ailleurs droit à l'indemnité forfaitaire prévue à l'art. 3 al. 3 RAJ pour ses débours, soit 108 fr., TVA incluse. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 2'862 francs.

c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 janvier 2012 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Anne-Sylvie Dupont, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'862 fr. (deux mille huit cent soixante-deux francs), TVA incluse.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour J. _____),
- 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 :