

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Moyard et Rossier, assesseures
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Asllan Karaj, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] en [...], au bénéfice d'une autorisation de séjour, exerçait l'activité d'agent de propreté et d'hygiène auprès du F. _____ (F. _____) à un taux de 60 %.

B. Le 25 novembre 2010, le F. _____ a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant que son employée souffrait de mal de dos.

Le 18 janvier 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'OAI, invoquant une hernie discale présente depuis une année.

Dans un questionnaire complété par l'assurée le 27 janvier 2011, cette dernière a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli par le F. _____ le 4 février 2011, celui-ci a indiqué que l'assurée touchait un salaire annuel de 34'190 fr. 40 pour un taux d'activité de 60 %.

Dans un rapport du 9 février 2011, la Dresse N. _____, spécialiste en médecine du travail, et B. _____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches de topographie S1 avec discret déficit sensitif, de hernie discale L5-S1 médiane et para-médiane gauche, de trouble anxio-dépressif, d'accouchement par césarienne en août 2009 et de premier épisode de lombalgie aiguë en 2004. Ces médecins expliquaient que l'épisode de lombalgie aiguë datant de plusieurs années auparavant avait évolué de manière tout à fait favorable mais qu'en raison de la persistance d'un syndrome lombo-vertébral avec sciatalgie gauche, l'assurée avait été en arrêt de travail complet de mi-

mars 2010 à début mai 2010. S'agissant de la hernie discale, les médecins constataient une évolution favorable, l'assurée ayant repris le travail à 50 % en mai 2010. En raison des sollicitations lombaires lors du nettoyage des sols, des toilettes et des lavabos ou lors du port de charges, la symptomatologie douloureuse avait récidivé. Depuis lors, l'assurée présentait des douleurs persistantes et « insomniantes », entraînant des répercussions sur son état psychologique. Les Drs N._____ et B._____ ajoutaient qu'une tentative de reprise de travail en septembre 2010 s'était soldée par un échec et que leur patiente était en arrêt de travail complet depuis. Ils arrivaient à la conclusion que sur la base des éléments médicaux et professionnels précédemment décrits et de l'évolution depuis début 2010, l'activité habituelle de l'assurée dans sa profession d'agent de propreté semblait de plus en plus compromise compte tenu des sollicitations mécaniques importantes dans ce type de poste.

Dans un rapport du 14 février 2011, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite, de hernie discale L5-S1 gauche et d'arthrose lombaire. Il mentionnait également un état dépressif réactionnel, sans effet sur la capacité de travail. L'incapacité de travail dans la profession de nettoyeuse était de 50 % du 16 juillet 2010 au 28 septembre 2010 et de 100 % du 29 octobre 2010 au 11 février 2011. Les restrictions physiques de l'assuré étaient des douleurs lombaires se manifestant lors des différentes positions nécessaires à son activité professionnelle. D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. Selon le Dr C._____, une activité adaptée était exigible à 60 %, soit à un taux identique que le taux actuel sans incapacité. Les limitations étaient les suivantes : pas d'activités dans différentes positions, exercées principalement en marchant, nécessitant de se pencher, en étant accroupi, à genoux, nécessitant de monter sur une échelle ou un échafaudage, ou de monter les escaliers. Il était précisé que l'assurée ne pouvait pas soulever ni porter de poids de plus de 5 kg.

Dans un rapport du 2 mars 2011, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé le diagnostic

avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur hernie discale. Selon lui, l'activité habituelle de femme de ménage ne pouvait plus être exercée. Les activités dans différentes positions étaient possibles en fonction de l'évolution, et les activités nécessitant de se pencher ou de travailler avec les bras au-dessus de la tête pouvaient être réalisées occasionnellement. L'assurée ne pouvait pas exercer d'activité principalement en marchant, ni en position accroupie ou à genoux. Le Dr P._____ fixait la limite du port de charges à 10 kg. Ce médecin joignait notamment les documents suivants :

- un rapport du 11 novembre 2010 adressé par le Dr P._____ au Dr C._____, qui mentionnait ceci sous le point « Appréciation, propositions » :

« Madame Q._____ présente des lombo-sciatalgies gauches de topographie S1 avec un discret déficit sensitif. Les IRM que tu as faites effectuer en avril et en octobre 2010 montrent une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche pouvant créer un conflit S1 gauche, concordant avec la clinique. Les sciatalgies surviennent dans un contexte d'activité professionnelle contraignante pour le dos. Elle présente également des symptômes dépressifs et anxieux.

Je lui ai proposé d'effectuer une infiltration péri-durale de corticoïdes par les anesthésistes à la M._____ le 16 novembre 2010. Des informations écrites lui ont été données sur les effets secondaires possibles.

Je lui ai prescrit du Célébrex 1 à 2 cpr/jour car le Voltaren était mal toléré.

Pour le moment, elle reste en incapacité de travail. Vu les symptômes qui durent depuis le mois de février et l'hernie discale, l'activité professionnelle actuelle est contre-indiquée. La patiente a rendez-vous à la médecine du personnel du F._____. Il faudrait voir si un travail plus adapté serait envisageable, évitant les ports de charge et les travaux en flexion et rotation du tronc. »

- un rapport du 8 décembre 2010 du Dr P._____ au Dr C._____, dans lequel il l'informait que sa patiente lui avait signalé une nette amélioration après une infiltration péri-durale réalisée le 16 novembre 2010. Elle gardait cependant des sciatalgies irradiant à la face externe de la jambe gauche et selon le Dr P._____, elle ne pouvait pas reprendre son activité de femme de ménage.

Par courrier du 4 avril 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement en raison de son état de santé.

Dans un rapport du 5 juillet 2011, le Dr P. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches. Il faisait également état de cervicoscapulalgies, mais sans effet sur la capacité de travail. Selon lui, le pronostic était réservé vu l'évolution défavorable malgré les traitements, et en raison d'un état dépressif. L'incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage était totale. Une activité adaptée pouvait être exercée à environ 50 %. Le Dr P. _____ mentionnait que l'assurée pouvait travailler dans différentes positions pendant environ quatre heures par jour, sans diminution de rendement. Ce médecin précisait que la capacité d'adaptation de sa patiente était limitée en raison d'un état dépressif. Il joignait son rapport du 30 juin 2011 adressé au Dr C. _____, dans lequel il expliquait notamment que l'assurée n'avait eu aucune amélioration après une infiltration péri-durale effectuée le 3 février 2011 et un bloc pyramidal en mars 2011. Une reprise du travail à 60 % puis à 30 % avait échoué et depuis un mois, sa patiente souffrait de cervicoscapulalgies gauches irradiant jusqu'au coude. Elle présentait aussi une symptomatologie dépressive nette. Le Dr P. _____ estimait qu'il n'y avait pas lieu de continuer les gestes invasifs vu l'inefficacité et la diffusion des douleurs et suggérait plutôt une rééducation globale. Il ajoutait que l'assurée restait incapable de travailler dans son activité de femme de ménage. Les limitations dans une activité adaptée étaient décrites comme suit : « éviter les travaux en flexion et rotation du tronc, les ports de charge au-delà de 10 kg occasionnellement, les travaux en élévation des MS et permettre l'alternance des positions ».

Dans un rapport du 2 septembre 2011, le Dr C. _____ a constaté la persistance de douleurs lombosciatiques gauches surtout à l'effort, malgré les différents traitements effectués. L'incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage était de 100 % depuis le 29 octobre

2010. Une activité dans un poste adapté était possible de suite et à 100 %.

Dans un rapport du 6 septembre 2011, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de nettoyeuse était de 0 %, mais qu'elle était de 100 % depuis le mois de septembre 2011 dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux et la nécessité de pouvoir alterner les positions.

Une enquête économique sur le ménage a par la suite été effectuée par J._____, enquêtrice de l'OAI. Dans son rapport du 3 novembre 2011, cette dernière a retranscrit comme suit les déclarations de l'assurée relatives à son atteinte à la santé :

« L'intéressée a donné naissance à un petit garçon en août 2009 par césarienne.

En février 2010, date de la reprise de l'activité professionnelle à la fin de son congé maternité, l'intéressée précise souffrir de douleurs quotidiennes, déclenchées par le mouvement.

Un scanner a permis de mettre en évidence une hernie discale.

En décembre 2010, une infiltration n'a pas apporté d'amélioration. Idem pour la 2^{ème} et la 3^{ème} injection selon les propos de cette dernière.

Au début 2011, l'intéressée explique avoir été atteinte au niveau de son moral. Ceci suite à l'échec de la prise en charge médicale. La situation a été compliquée par la difficulté de cette dernière à devoir rester inactive selon ses propos, soit sans pouvoir travailler à l'extérieur. De plus les douleurs sont en augmentation, extension au niveau du MIG avec apparition de fourmillements.

Début de séances de physiothérapie en piscine. »

Les limitations fonctionnelles étaient décrites ainsi :

« - **Physiques** :

Port de charge limité, difficulté à se pencher en direction du sol, nécessité de maîtriser les rotations, mouvements limités au niveau des bras en direction du haut.

- **Psychiques** :

Inquiétude face à son avenir professionnel, épisodes de pleurs, sentiments de révolte, difficultés à supporter le manque d'activité professionnelle et de contact avec ses collègues. »

L'enquêtrice a en outre relevé les éléments suivants s'agissant de l'activité exercée par l'assurée sans le handicap :

« Sur le formulaire 531 bis complété le 27 janvier 2011, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100 % depuis 2002 dans le domaine du service de maison sans préciser pour quelle raison.

Le jour de l'entretien, l'assurée précise que sans atteinte à la santé, elle travaillerait entre 80-100% par intérêt personnel et nécessité financière. Cette dernière précise ne pas aimer se retrouver seule à la maison et désire retrouver rapidement une activité adaptée.

Motivation du statut :

L'assurée est mariée depuis 2009, mère d'un petit garçon depuis également 2009.

Cette dernière vit en Suisse depuis 1996.

Au bénéfice d'un permis B.

Madame Q. _____ a été mariée de 1997 à environ 2007, divorce à cette date. Cette dernière explique qu'elle devait subvenir aux besoins du couple, son ex-époux ne travaillait pas.

Second mariage en 2009.

L'époux est citoyen suisse depuis 2008.

Depuis août 2010, le fils de l'assurée fréquente la garderie qui est située dans l'immeuble voisin (de 7h à 18h30) 5 jours/sem.

En 2009 à la naissance de son fils, l'assurée a bénéficié d'un congé maternité de 4 mois (allaitement) ainsi que d'un congé non rémunéré de 1 mois.

Des difficultés ont été rencontrées par le couple pour trouver un système de garde adéquat. Une personne avait été engagée à domicile, cette dernière a quitté la famille du jour au lendemain, provoquant des soucis de placement.

L'assurée n'a pas cherché de nouvelles activités à la fin de son congé maternité suite à l'apparition de ses problèmes de santé.

Sans enfant, l'intéressée a travaillé dans des pourcentages variables entre 90% (début 2004) puis environ 80 % (2005 à août 2007) 60% (août 2007 à décembre 2008) puis environ 90-100% en 2009. »

Sur cette base, l'enquêtrice a retenu un statut de 80 % pour la part active et de 20 % pour la part ménagère. Elle a par ailleurs décrit les empêchements dus à l'invalidité de la manière suivante :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
6.1 Conduite du ménage planification / organisation / répartition du travail / contrôle	2 - 5%	3 %	0 %

Avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de planifier et organiser ses activités ménagères en fonction de ses disponibilités.

Depuis l'atteinte, idem pas d'empêchement

6.2 Alimentation préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions	10 - 50%	42 %	10 %
---	----------	------	------

Avant l'atteinte, l'assurée préparait et cuisinait le repas principal à son retour du travail dans l'après-midi pour le soir. Cette dernière travaillait dans la soirée.

L'époux chauffait à son retour les mets préparés.

Le service de table, les rangements et nettoyages quotidiens étaient effectués par la personne présente. Idem pour la vaisselle

Pas de préparation de provision.

Les invitations sont décrites comme régulières.

Depuis l'atteinte, l'assurée prépare et cuisine le repas du soir pour le couple et l'enfant.

Sollicitation de l'époux pour la manipulation des grandes casseroles en cas de nécessité.

Le service de table est effectué par l'intéressée.

Idem concernant le chargement /déchargement du lave-vaisselle.

Les rangements, nettoyages quotidiens sont effectués par Madame Q. _____

Ces activités sont parfois fractionnées ou reportées.

Pas de préparation de provision

Les invitations sont moins fréquentes, l'assurée explique avoir moins de contacts avec ses collègues depuis son IT et manquer d'énergie pour organiser les choses.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux concernant la manipulation des casseroles a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

6.3 Entretien du logement épousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits	5 - 20%	18 %	35 %
---	---------	------	------

Avant l'atteinte, l'assurée gérait la totalité de l'entretien des sols, des sanitaires ainsi que la prise de la poussière. L'appartement était plus petit.

Le déplacement des meubles était effectué avec l'aide de l'époux.

Cette dernière planifiait et organisait les grands nettoyages ainsi que l'entretien des vitres en fonction de ses disponibilités.

Idem concernant le changement de literie ainsi que pour la réfection quotidienne des lits.

Depuis l'atteinte, l'assurée gère l'entretien des sanitaires à sa hauteur (lavabos) ainsi que de la prise de la poussière (pas de meuble en hauteur)

La sœur et l'époux de cette dernière s'occupent de l'entretien des sanitaires (douche, WC) ainsi que du passage de l'aspirateur et de la serpillière sur les sols.

Les grands nettoyages ainsi que l'entretien des vitres sont effectués par la sœur ou la belle-sœur de l'assurée.

Le changement de literie et la réfection quotidienne sont faits en couple. L'assurée précise que son époux manque d'expérience et qu'il doit être guidé.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux concernant la réfection des lits et le changement de literie ainsi que l'entretien partiel des sols et des sanitaires a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

6.4 Emplettes et courses diverses	5 - 10%			
poste / assurances / services officiels		7 %	0 %	0 %

Avant l'atteinte, l'assurée gérait les stocks, préparait la liste des achats. Cette dernière se rendait seule faire les courses au magasin de manière fractionnée. Le couple habitait dans la maison de la (...). L'intéressée portait les achats jusqu'à l'appartement et rangeait ces derniers dans les placards.

Madame Q. est indépendante pour ses achats personnels ou de vêtements. L'administration est gérée en couple.

Depuis l'atteinte, l'assurée gère les stocks et la composition de la liste. Idem concernant les achats courants. Les achats lourds et volumineux sont effectués en voiture en compagnie de l'époux. Ce dernier saisit les emballages lourds, les dépose sur le tapis roulant de la caisse et porte les cabas lourds jusqu'à l'appartement. L'assurée s'occupe du transport des sacs plus légers. Le rangement des achats dans les armoires est effectué en couple.

Madame Q. est indépendante pour ses achats personnels ou de vêtements. L'administration est gérée en couple.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux concernant le transport pour aller faire les achats et le port des emballages lourds a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

6.5 Lessive et entretien des vêtements	5 - 20%			
laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder / nettoyer les chaussures		14 %	0 %	0 %

Avant l'atteinte, l'assurée triait le linge, portait ce dernier, chargeait/déchargeait le linge dans les machines et gérait la programmation de ces dernières.

Nombre de machine par semaine : environ 3 (habits de travail de l'époux)

L'étendage était effectué par l'intéressée.

Madame Q. choisissait les matières de ses vêtements dans le but de favoriser l'entretien et limitait le repassage au strict nécessaire.

Depuis l'atteinte, l'assurée trie le linge, l'époux gère le transport des corbeilles.

Madame Q. charge/décharge les machines et gère la programmation de ces dernières.

Nombre de machine par semaine : 3-4 (habits de travail de l'époux)

Le séchage du linge courant se fait dans le tumbler.

L'étendage est effectué sur fils en hauteur pour le linge délicat par l'assurée avec aide ponctuelle de l'époux. Le repassage est fait par l'intéressée pour le strict minimum sans lien avec l'atteinte.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux concernant le transport du linge et l'aide ponctuelle à étendre le linge a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille	0 - 30%			
		16 %	10 %	1,6 %

Avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de son enfant âgé de quelques mois, gérait la prise en charge que nécessite un enfant à cet âge. Une personne avait été engagée pour s'occuper de l'enfant à la reprise de l'activité de l'assurée. Des problèmes ont eu lieu avec cette personne qui a quitté son poste du jour au lendemain. Depuis août 2010, ce dernier fréquente la garderie face au domicile. Lors de la reprise de l'activité professionnelles, l'époux allait amener l'enfant le matin à la garderie.

6.7 Divers	0 - 50%			
soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique		0 %	0 %	0 %

Avant l'atteinte, l'assurée précise ne pas avoir d'activité auprès de personnes ne vivant pas avec la famille.

Depuis l'atteinte, idem. L'assurée évoque le désir de faire du bénévolat, Pas de démarche en cours pour concrétiser cet éventuel projet.

Total		100 %		12,1 %
--------------	--	--------------	--	---------------

Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui-même ?
Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée) et subie par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité

L'époux dans le raisonnablement exigible.
La sœur et la belle-sœur en moyenne 2h/sem.

Par projet de décision du 17 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande des prestations. À l'appui de cette décision, l'autorité a considéré qu'en bonne santé, l'assurée exerçait une activité salariée à 80 % et que les 20 % restant correspondaient à la tenue du ménage. Selon l'OAI, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle mais entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit pas de port de charge de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux et la nécessité de pouvoir alterner les positions, et cela depuis le mois de septembre 2011. Se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour l'année 2008, l'OAI a considéré que le revenu annuel d'invalidé, déduction faite d'un abattement de 10 %, se montait à 38'569 fr. 74. Comparé à un revenu sans invalidité de 34'190 fr. 40, la perte de gain était nulle, et le degré d'invalidité était ainsi de 0 %. S'agissant de la part ménagère, l'OAI indiquait que l'empêchement de la tenue du ménage était de 12.1 %. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines se montait donc à 2.42 %, soit un taux inférieur au seuil de 40 % donnant droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 12 décembre 2011, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 17 novembre 2011. Elle invoquait tout d'abord le fait que le taux d'activité n'était pas correct, puisqu'elle avait toujours travaillé à 60 % et non pas à 80 %. Elle ajoutait qu'elle désirait surtout retrouver une activité professionnelle et qu'elle attendait de l'OAI qu'il l'appuie par des mesures de réinsertion professionnelle. L'assurée expliquait également qu'elle avait commencé des recherches d'emploi pour certaines tâches dans la restauration, mais qu'elle se heurtait à des refus. Selon elle, il était en outre très difficile, voire quasiment impossible, de retrouver un emploi non qualifié qui ne soit pas physique, ce qui était incompatible avec ses problèmes de santé. Elle précisait qu'elle était prête à suivre une formation de courte durée pour pouvoir postuler dans d'autres domaines que la logistique et elle sollicitait un appui en ce sens.

Par courrier du 20 décembre 2011, l'assurée a informé l'OAI que compte tenu de ses problèmes médicaux, elle ne pensait pas pouvoir

travailler à 80 %, même dans une activité adaptée, ce qui était selon elle mentionné dans les rapports médicaux, notamment ceux du Dr P._____.

Par décision du 9 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs développés dans son projet de décision. Dans sa motivation du même jour adressée à l'assurée, l'OAI lui a notamment indiqué que son taux d'occupation dans le cadre de son emploi auprès du F._____ était certes de 60 %, mais que lors de l'enquête ménagère, il avait été établi que sans atteinte à la santé, elle occuperait une activité à 80 %. L'autorité mentionnait que ce taux avait fait l'objet d'une discussion entre l'enquêtrice et l'assurée, et que cette dernière était d'accord avec celui-ci. L'OAI précisait qu'en vertu du principe d'équivalence, il ne pouvait octroyer une formation professionnelle à une personne sans formation de base. De plus, de telles mesures ne pouvaient être accordées que lorsque, suite à l'atteinte à la santé, un préjudice d'au moins 20 % était constaté, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

Le 7 février 2012, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a produit un courrier du même jour du Dr P._____ attestant notamment du fait que sa patiente continuait à souffrir de lombosciatalgies gauches malgré les traitements et qu'elle présentait également un état dépressif qui s'était amélioré sous traitement d'antidépresseur. Selon ce médecin, il existait toujours une incapacité de travail de 100 %, probablement définitive, comme femme de ménage, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée pouvait être exercée à 50 %.

Par acte du 13 février 2012, l'assurée a interjeté recours à l'encontre de la décision du 9 janvier 2012 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant principalement à la réforme de celle-ci en ce sens qu'elle avait droit à au moins trois-quarts de rente depuis le 1^{er} février 2011 ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. Subsidiairement, elle concluait à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

En résumé, l'assurée a contesté le calcul du taux d'invalidité tel que réalisé par l'OAI au motif que le calcul du préjudice économique reposait sur une comparaison des revenus dont le taux d'occupation n'était pas identique. Elle considérait en outre que sa situation médicale n'avait pas fait l'objet d'un examen et d'une appréciation satisfaisants. Procédant à son propre calcul, elle était d'avis qu'elle présentait un taux d'invalidité d'au moins 62.53 %, lui ouvrant le droit à des mesures professionnelles et à trois-quarts de rente.

Dans sa réponse du 1^{er} mai 2012, l'OAI a notamment concédé que le calcul du préjudice économique était entaché d'un défaut. Selon un nouveau calcul, il était d'avis que le taux d'invalidité global se montait à 17.81 %, ce qui n'ouvrait toujours pas le droit à une rente ni à un reclassement professionnel. Il concluait ainsi au rejet du recours.

Dans son avis médical du 28 juin 2012, le SMR, sous la plume des Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale, et L._____, spécialiste en médecine du travail, ont suggéré la mise en œuvre d'un examen bidisciplinaire auprès du SMR ou d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Dans son courrier du 16 juillet 2012 à la Cour de céans, l'OAI a considéré qu'un complément d'instruction sous l'angle rhumatologique et psychiatrique était nécessaire.

Dans son arrêt du 27 septembre 2012, la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 9 janvier 2012 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical. En substance, le tribunal a considéré que compte tenu des rapports contradictoires des médecins traitants, une expertise se justifiait et que la mise en œuvre de cette mesure telle que préconisée par l'OAI était la solution la plus adéquate.

C. Suite à cet arrêt, l'OAI a sollicité le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de réaliser le volet psychiatrique de

l'expertise, et le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, pour effectuer le volet rhumatologique.

Dans son rapport d'expertise du 22 décembre 2013, le Dr H._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie L5-S1 et minime hernie discale non conflictuelle. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient des cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec absence de discopathie significative et un status post-césarienne en 2009. Sous la partie intitulée « Appréciation du cas », l'expert a mentionné ce qui suit :

« Nous sommes confrontés à une assurée de 35 ans, d'origine [...], mariée à 2 reprises, mère d'un fils de 4 ans, né par césarienne, enceinte de 20 semaines, sans formation professionnelle, ayant travaillé comme femme de ménage jusqu'en 2010, date de son arrêt de travail de longue durée.

Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs, hormis une césarienne en 2009 pour placenta previa. Elle signale en 2002 l'apparition de douleurs lombaires basses spontanément favorables et 2010, sans facteur traumatique déclenchant et l'apparition de douleurs lombaires basses qui persistent jusqu'à ce jour. Ces douleurs sont d'allure mécanique et ne répondent pas à un traitement de 2 infiltrations et de physiothérapie ainsi que de balnéothérapie.

A l'examen de ce jour, on note la présence d'un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire associés à des cervicobrachialgies chroniques. Les omalgies ne présentent pas de signe de tendinopathie ou de conflit. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il n'y a pas d'insertionite ou de signe de non organicité selon Wadell ou Kumel.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour met en évidence une discopathie L5-S1 avec protrusion versus hernie discale cependant sans souffrance radiculaire. Au niveau cervical, il n'y a pas de discopathie significative, l'ultrasonographie des épaules est dans les normes.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec et surtout en piscine avec mobilisation douce, progressive, active et passive. Il n'y a actuellement pas d'argument pour procéder à des gestes invasifs telle qu'une infiltration ou à une approche neurochirurgicale. L'utilisation d'une ceinture lombaire lors des ports de charge en porte-à-faux ou tes longs déplacements pourrait être proposée. La

poursuite d'une médication antalgique est de mise. Toute autre médication ne paraît pas être indiquée au vu de la grossesse.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, dans son activité antérieure de femme de ménage, estimant qu'elle doit effectuer des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail peut être estimée à 80%. Dans une activité adaptée, en alternant les positions assises et debout, en privilégiant des positions debout vu que cette activité avait déjà été couronnée de succès lors d'un stage en cuisine au F._____ et en diminuant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail est totale.

Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr D._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son ancienne activité est estimée à 80% et dans une activité adaptée est estimée à 100%???

Cette appréciation se différencie de celle du Dr P._____ qui estime une incapacité de travail de 70% et s'apparente à celle du Dr C._____ qui estime une capacité de travail dans une activité adaptée à 100%.

A notre avis, l'assurée ne présente pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, l'assurée peut rester assise pendant l'entretien sans opter de positions antalgiques, elle se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide. Les lésions radiologiques ne permettent pas à elles seules d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. En effet, la lésion discale n'est pas conflictuelle. Il n'y a pas d'anomalie de la structure osseuse (références 1 et 2).

[...] »

L'expert a en outre répondu comme suit aux questions s'agissant de la capacité de travail :

« B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.

Du point de vue qualitatif :

L'assurée présente une limitation concernant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive de plus de 5-10kg.

Du point de vue quantitatif :

Sa capacité de travail dans son activité antérieure de femme de ménage dans un hôpital est estimée à 80%.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée stoppe son activité professionnelle en octobre 2010, bénéficiant d'arrêts de travail de son médecin traitant.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. B1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui, à 80%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non, il n'y a pas de diminution de rendement à faire valoir.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis octobre 2010.

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

Depuis juin 2011, une reprise de son activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée et ce à 100% dans une activité adaptée.

Preuve en est, qu'un stage à 100% comme aide-cuisinière a été couronné de succès, celui-ci étant effectué en position debout et ne comportait pas de port de charge répétitive.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Oui. Des mesures de réadaptation ou de reclassement pourraient être envisageables.

Une intelligence normale, la bonne maîtrise du français et son âge ainsi que l'envie de reprendre une activité professionnelle constituent des facteurs de bon pronostic.

L'absence de formation professionnelle constitue des facteurs de mauvais pronostic.

7. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, en évitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg de manière répétitive.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Du point de vue rhumatologique et psychiatrique, bonne.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Tel que décrit dans l'appréciation du cas, en évitant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10kg.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A 100% (accueil, vente d'objets légers, aide de cuisine dans un hôpital, ...).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, du point de vue rhumatologique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Par courrier du 12 février 2014 adressé à l'OAI, le F. _____ a notamment mentionné ce qui suit :

« En février 2013, nous avons organisé une reprise thérapeutique destinée à évaluer quelles étaient ses limitations dans une activité professionnelle. Ainsi, durant un mois, Mme Q. _____ a rejoint la brigade de cuisine de [...] à un taux de 50%.

Ses activités étaient réalisées en surnuméraire et respectaient complètement ses limitations, soit : pas de port de charge, éviter les sollicitations du bras gauche, les mouvements répétitifs et les flexions antérieures.

D'excellent commandement, appréciée et très bien intégrée, Mme Q. _____ a réalisé les tâches qui lui ont été confiées de manière très consciencieuse. Toutefois, nous avons dû constater que ses limitations empêchent toute polyvalence (laverie, plonge) et ne lui permettent pas de travailler seule puisqu'elle a besoin d'aide pour toute manipulation au-delà de 5kg.

Ainsi, les seules activités qu'elle pouvait effectuer de manière autonome étaient la préparation des salades et desserts (nettoyage et préparation des fruits et légumes), représentant environ 1 ½ de travail quotidien.

Nous avons été informés qu'elle avait été convoquée pour une expertise auprès du Dr D. _____ en décembre dernier et vous remercions, le cas échéant, de communiquer les résultats auprès de notre Unité de médecine du personnel, [...], qui suit régulièrement Madame Q. _____. »

Dans son rapport d'expertise du 17 avril 2014, le Dr D. _____ a diagnostiqué une éventuelle légère dysthymie, mais sans répercussion sur la capacité de travail. Sous le point intitulé « Discussion », l'expert a écrit ce qui suit :

« Madame Q. _____ est une femme née en [...] le [...]. Elle a eu une enfance normale, sans notion de carence affective ou de maltraitance. Il n'y a pas d'éléments suggérant des antécédents familiaux de troubles psychiatriques ou psychosomatiques qui puissent valoir pour un terrain de vulnérabilité constitutionnelle.

Du point de vue psychiatrique, Madame Q. _____ a toujours bien fonctionné en Suisse au niveau social, personnel et professionnel jusqu'à son incapacité de travail de 2010, des suites de douleurs lombo-vertébrales.

Nous ne reviendrons pas sur l'anamnèse rhumatologique, longuement détaillée dans l'expertise du Dr H. _____ du 10.11.2013. Il est mentionné des symptômes anxio-dépressifs, mais sans antécédents notables de troubles psychiques chez cette assurée.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par Madame Q. _____, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec Madame Q. _____ et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, lorsque nous l'examinons, Madame Q. _____ est enceinte d'un deuxième enfant. A l'examen clinique, l'assurée ne présente pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme. On retient tout au plus un sommeil perturbé en raison de ses douleurs.

Nous ne relevons pas de comorbidité psychiatrique ou trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Observée à la salle d'attente et durant notre entretien, Madame Q. _____ ne paraît jamais dolente ou limitée dans ses mouvements. Les quelques signes anxio-dépressifs tenus ne rentrent pas dans le cadre d'un épisode dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère. Rappelons que selon la doctrine médicale, les légers symptômes dépressifs qui accompagnent les douleurs chroniques constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces douleurs, de sorte qu'un tel diagnostic

ne saurait être reconnu constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome, d'une fibromyalgie, ou d'un trouble somatoforme douloureux.

CAPACITÉ DE TRAVAIL

S'agissant de sa capacité de travail, celle-ci est entière d'un point de vue psychiatrique. Un reclassement professionnel risque de se heurter aux limitations de la maîtrise du français écrit et peut-être au manque de motivation que l'arrivée d'un deuxième enfant a probablement en plus émoussé. Une aide au placement pourrait tout au plus être proposée.

Relevons que l'encadrement familial et social est tout à fait favorable, ce qui à priori est un élément de bon pronostic.

Il faut surtout viser à l'abstention thérapeutique face à toute nouvelle plainte, car il faut éviter de conforter l'assurée dans son identité de malade et d'autre part le risque de iatrogénèse et de chronicisation est aussi important. »

Le Dr D. _____ a en outre répondu comme suit aux questions portant sur la capacité de travail de l'assurée :

« B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Cf expertise du Dr H. _____ du 10.11.2013.

Au plan psychique et mental

Rien à signaler.

Au plan social

Madame Q. _____ ne présente pas de dysfonctionnement social connu ou avéré.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée n'a jamais présenté de trouble psychique pouvant justifier une incapacité de travail. Le Dr C. _____ évoque des symptômes anxio-dépressifs qu'il met dans les affections sans effet sur la capacité de travail.

A priori, l'assurée n'a pas de limitations dans une activité simple, répétitive, adaptée à sa formation et à ses limitations en français.

- 2.2. **Description précise de la capacité résiduelle de travail**
100 % d'un point de vue psychiatrique, depuis toujours.
- 2.3. **L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**
100 % d'un point de vue psychiatrique.
- 2.4. **Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**
Non, pas d'un point de vue psychiatrique.
- 2.5. **Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**
Jamais d'un point de vue psychiatrique.
- 2.6. **Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**
--
3. **En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Oui

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. **Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte

des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

A priori, Madame Q. _____ n'a pas de demande motivée en vue d'un reclassement professionnel. Il existe de nombreux éléments de surcharge qui sortent du champ médical pour expliquer une certaine passivité ou une résistance passive. Enceinte d'un deuxième enfant, cela va probablement encore éteindre un peu plus sa motivation à reprendre une activité professionnelle.

2. **Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

2.1. Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Nous n'avons pas de proposition de traitement. Il faut surtout obtenir l'abstention thérapeutique face à toute nouvelle plainte, ce qui risque de conforter l'assurée dans son identité de malade. De notre point de vue, le risque de iatrogénèse est aussi important.

2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

--

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

--

3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

--

3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

--

3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

-->

Par projet du 10 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Se fondant sur les rapports de l'expertise bidisciplinaire, l'autorité a considéré que depuis le mois de juin 2011, l'assurée possédait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles somatiques étaient les suivantes : « pas de port de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive de plus de 5 à 10 kg ». Compte tenu du fait que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, il n'y avait pas, selon l'OAI, de préjudice économique. En outre, selon

l'enquête ménagère du 25 octobre 2011, l'empêchement était de 12.1 %. Ce taux était ensuite pondéré en fonction de la part de 20 % attribuée aux activités ménagères. Il en ressortait donc un degré d'invalidité total de 2.42 %, soit un taux n'ouvrant pas de droit à une rente d'invalidité.

Par courrier du 4 juillet 2014, le Dr C. _____ a fait part à l'OAI de l'opposition de sa patiente au projet de décision. En substance, il contestait la conclusion du Dr H. _____ selon laquelle la capacité de travail de l'assurée était de 80 % dans son activité habituelle. Il expliquait que cette activité était inadaptée à son problème de santé et que la seule chose que l'intéressée demandait était une mesure de reclassement dans une activité plus légère et qui convienne à ses problèmes de dos. Ce médecin ajoutait que Q. _____ avait effectué des stages en ce sens à la cafétéria du F. _____ mais qu'elle n'avait pas pu être engagée dans ce service.

Le 10 juillet 2014, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 10 juin 2014, concluant notamment à l'annulation de celle-ci, à l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité et à la mise en œuvre d'une « nouvelle analyse complète psycho-psychique de la part du SMR ». En substance, elle expliquait que son état de santé n'avait subi aucune amélioration pouvant justifier le refus d'octroi d'une rente et que la comparaison des revenus hypothétiques déterminants à la date de l'ouverture du droit à la rente conduisait à un degré d'invalidité lui ouvrant le droit à une rente entière. Elle était également d'avis que les atteintes psychiatriques et neurologiques devenaient progressivement déterminantes, et que désormais, l'état anxio-dépressif faisait partie du trouble somatoforme. Elle considérait qu'au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, une comorbidité dépressive au trouble somatoforme douloureux entraînait une incapacité totale de travail. L'assurée ajoutait que malgré ses douleurs extrêmement pénibles, elle avait tout entrepris afin d'exercer une activité adaptée mais que cela n'avait malheureusement pas été possible, et que compte tenu des circonstances, les possibilités de trouver un travail adapté étaient très basses.

Par courrier du 24 juillet 2014, le Dr P._____ a informé l'OAI de son désaccord s'agissant de la capacité de travail de 80 % retenue dans l'activité de femme de ménage. Il indiquait que cela lui paraissait clairement en opposition avec les limitations fonctionnelles retenues. Compte tenu des troubles statiques rachidiens avec une hyperlordose lombaire et d'une discopathie L5-S1, il retenait également des limitations fonctionnelles pour le port de charge ainsi que pour les activités en flexion et rotation du tronc. Selon ce médecin, vu la chronicité du problème et la résistance aux traitements, un changement d'activité professionnelle lui semblait nécessaire.

Dans un avis médical du 19 août 2014, le SMR, sous la plume des Drs G._____ et K._____, spécialiste en anesthésiologie, a estimé que dans son rapport d'expertise, le Dr H._____ avait expliqué les raisons objectives pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation de la capacité de travail émise par les Drs C._____ et P._____. Ces derniers n'annonçaient pas de faits nouveaux, selon les médecins du SMR, ni d'aggravation depuis l'expertise. Les Drs G._____ et K._____ considéraient qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une situation clinique similaire à celle prise en compte par l'expert.

Dans un courrier du 25 août 2014 adressé à l'OAI, le Dr P._____ a écrit ceci :

« J'ai bien reçu la copie du rapport d'expertise médicale du Docteur H._____ du 22/12/2013. En complément à ma lettre du 24 juillet 2014, je puis ajouter ceci :

Je n'ai pas de divergences concernant les diagnostics retenus par ce médecin, à savoir un syndrome lombo-vertébral récurrent chronique dans un contexte de discopathie L5-S1 et de cervico-brachialgies chroniques.

Je ne peux par contre pas adhérer à son appréciation concernant leurs répercussions sur la capacité de travail qu'il estime à 80% dans une activité de femme de ménage dans un hôpital. En effet, ce confrère retient des limitations fonctionnelles concernant : « les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive du plus de 5-10 kg.» en page 11 et dit en page 10 qu'elle doit justement faire de tels travaux.

Vu l'évolution constatée au cours des dernières années, de concert avec le Dr C._____, médecin traitant, on ne voit pas comment elle

pourrait assumer un travail de femme de ménage. Dans une activité plus adaptée, elle pourrait effectivement travailler à un taux de 50-100% en fonction de son état psychologique. »

Par décision du 16 septembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, pour les raisons invoquées dans son projet de décision du 10 juin 2014. Dans sa motivation envoyée le même jour à l'assurée, l'autorité a considéré que les rapports d'expertise du Dr D._____ et du Dr H._____ avaient une pleine valeur probante et que les médecins-traitants de l'assurée n'annonçaient aucun fait nouveau ni aggravation depuis l'expertise rhumatologique et qu'il s'agissait donc d'une appréciation différente d'une situation clinique similaire à celle prise en compte par l'expert. Ainsi, l'OAI a estimé que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et que le projet de décision devait être confirmé.

D. Par acte du 17 octobre 2014, Q._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 16 septembre 2014, concluant à l'annulation de celle-ci, à l'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité et à la mise en œuvre d'une « nouvelle analyse complète psycho-psychique de la part du SMR ». Subsidiairement, elle concluait à ce que des mesures de réinsertion lui soient accordées. En substance, la recourante réitère les arguments contenus dans son courrier du 10 juillet 2014. Elle rappelle également que dans son rapport du 14 février 2011, le Dr C._____ a retenu une incapacité de travail [recte : une capacité de travail] dans une activité adaptée de 60 % et que selon le Dr P._____, son état de santé s'est péjoré entre mars et juillet 2011. Elle estime que compte tenu de cette évolution défavorable, la diminution de la capacité de travail à un taux de 50 % dans une activité adaptée se confirme. La recourante reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir examiné l'ensemble du dossier médical et de s'être écarté de l'avis médical d'un spécialiste pour retenir une opinion divergente non motivée. Q._____ procède aussi à son propre calcul du taux d'invalidité, duquel il ressort selon elle un degré d'invalidité de 62.53 % au moins, lui ouvrant le droit à des mesures professionnelles et également à trois-quarts de rente. A l'appui de son écriture, la recourante produit un rapport du 28 mars 2012 du Dr P._____, dans lequel ce

dernier pose le diagnostic de cervico-brachialgies gauches et mentionne notamment que sa patiente ressent essentiellement des cervico-scapulalgies gauches.

Dans sa réponse du 28 janvier 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 2 mars 2015, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a confirmé ses conclusions. Elle mentionne également que la capacité de travail à 80 % dans une activité de femme de ménage est contredite par le Dr P. _____ et requiert que des mesures professionnelles soient mises en œuvre. Elle produit aussi un rapport du Dr P. _____ du 27 février 2015 adressé à son conseil et dont la teneur est la suivante :

« Suite à votre lettre du 20 février (reçue le 27 février), demandant des renseignements concernant Madame Q. _____, née le [...], je puis dire que son état est stationnaire, avec persistance de cervico-brachialgies gauches et de lombosciatalgies chroniques. Son état psychologique est marqué par une symptomatologie dépressive, aggravée par un conflit conjugal. Je n'ai pas connaissance d'examen récent concernant ses problèmes rhumatologiques.

En ce qui concerne la capacité de travail, mon appréciation ne diffère pas de celle de ma lettre du 25 août 2014, à savoir : incapacité de travail de 100 % comme femme de ménage en raison de la discopathie lombaire. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir pas de travaux en flexion et rotation du tronc, pas de station prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de 5-10 kg occasionnellement, la capacité de travail est théoriquement de 100 %, du point de vue rhumatologique. L'état psychologique peut jouer un rôle aggravant et limiter la capacité de travail. »

Dans sa duplique du 23 mars 2015, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il précise que dans son rapport du 27 février 2015, le Dr P. _____ mentionne certes un état psychologique pouvant jouer un rôle aggravant et limiter la capacité de travail mais qu'il n'affirme pas réellement que ladite symptomatologie aurait effectivement un effet incapacitant, pas plus qu'il ne pose formellement un diagnostic psychiatrique. L'OAI relève en outre que dans le cadre de son expertise, le Dr D. _____ avait connaissance du fait que le Dr C. _____ évoquait des

symptômes anxio-dépressifs, sans que des limitations d'ordre psychiatrique ne soient pour autant retenues par l'expert.

Le 25 mars 2015, la recourante a produit un rapport du 16 mars 2015 du Dr C._____ adressé à son conseil et rédigé en ces termes :

« En réponse à votre demande du 20.02.2015, je puis vous donner les renseignements suivants. La situation de Madame Q._____ est toujours la même depuis les rapports que j'ai établi précédemment, en particulier pour l'assurance invalidité.

Il n'y a pas de changement notable et la situation est toujours celle d'une patiente qui ne peut pas travailler dans son ancienne activité et qui devrait trouver une autre activité adaptée à ses problèmes de dos.

Vous trouverez tous les renseignements dans les documents que j'ai envoyé à l'AI ainsi que dans ceux du Dr P._____ qui vont dans le même sens. »

E n d r o i t :

1. 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans

le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

En l'espèce, le recours du 17 octobre 2014 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité à la recourante au motif que le degré d'invalidité de 2.42 % ne lui donne pas droit à ce type de 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 cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) En vertu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 let. a LAI, la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 532 n° 2016 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., p. 533 n° 2018 et réf. cit.).

S'agissant des mesures de reclassement en particulier, un assuré a droit à de telles mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] dans sa version au 1^{er} janvier 2011, p. 37, ch. 4011 et réf. cit.).

Ce taux de 20 % ne constitue pas une limite absolue mais un ordre de grandeur. Selon les circonstances, une invalidité légèrement inférieure pourra déjà ouvrir le droit à une mesure de reclassement. Le Tribunal fédéral a par exemple admis le droit au reclassement d'une assurée encore jeune, dotée de capacités permettant un reclassement, et qui présentait un degré d'invalidité de 18,52 %. Il a en revanche retenu qu'un taux de 16 % était insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement (Valterio, op. cit., p. 454 s n° 1692 et les arrêts cités).

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 : la 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 ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet ; cette dernière disposition énonce que 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.

bb) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

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). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3). 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 ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

dd) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et réf. cit.). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté

hypothétique de l'assuré, qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et réf. cit.).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant,

l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

c) En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'espèce, la recourante conteste en premier lieu la capacité de travail telle que retenue par l'intimé. Elle invoque à cet égard le fait que ses médecins-traitants ont constaté que son état de santé se péjorait de jour en jour malgré les traitements. En particulier, elle cite le rapport du 5 juillet 2011 du Dr P._____, dans lequel ce dernier indique que l'activité habituelle de femme de ménage n'est plus exigible, ainsi que le rapport du 14 février 2011 du Dr C._____ selon lequel l'activité habituelle ne peut plus être exercée mais que dans une activité adaptée, l'incapacité [en réalité il s'agit de la capacité] de travail est de 60 %.

a) Sur le plan somatique, il ressort du rapport d'expertise du Dr H._____ que la recourante présente une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle de femme de ménage. Dans une activité adaptée à ses limitations, cette capacité est de 100 %. Les limitations fonctionnelles sont la nécessité d'éviter le port de charges en porte-à faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive (cf. rapport d'expertise du Dr H._____ p. 12).

Les Drs C._____ et P._____, médecins-traitants de l'assurée, contestent toutefois la capacité de travail dans l'activité habituelle telle que retenue par le Dr H._____ et considèrent que celle-ci est nulle (cf. notamment les rapports médicaux du Dr C._____ du 4 juillet 2014 et du 16 mars 2015, et ceux du Dr P._____ du 24 juillet

2014 et du 27 février 2015). Cependant, ces médecins n'expliquent pas réellement pour quelles raisons ils s'écartent de l'appréciation du Dr H._____, se limitant à affirmer que l'activité habituelle est inadaptée aux problèmes de santé et aux limitations fonctionnelles de la recourante. Contrairement aux médecins-traitants de l'assurée, l'expert étaye quant à lui sa position s'agissant de la capacité de travail de cette dernière : il explique notamment que l'intéressée ne présente pas d'amyotrophie, ni de troubles sensitivo-moteurs, qu'elle peut rester assise pendant l'entretien sans adopter de positions antalgiques, qu'elle se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide. Références médicales à l'appui, il précise que les lésions radiologiques ne permettent pas à elles seules d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse en l'absence de lésion discale conflictuelle et d'anomalie de la structure osseuse (cf. rapport d'expertise du Dr H._____ p. 10). Certes, le Dr P._____ retient des limitations fonctionnelles supplémentaires pour le port de charges, les activités en flexion et rotation du tronc, et ce en raison des troubles statiques rachidiens avec une hyperlordose lombaire et une discopathie L5-S1. En outre, comme le relève ce médecin, l'expert mentionne en page 10 de son rapport que « l'utilisation d'une ceinture lombaire lors de port de charges en porte-à-faux ou les longs déplacements pourrait être proposée », alors qu'il précise à la page suivante que « l'assurée présente une limitation concernant les ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive de plus de 5-10kg ». Compte tenu de ces éléments, il se peut que la capacité de travail de 80 % dans l'activité de femme de ménage ait été quelque peu surévaluée par l'expert. Cela étant dit, même à admettre que tel serait le cas et en prenant en considération une capacité de travail dans l'activité habituelle légèrement inférieure, le degré d'invalidité n'ouvrirait de toute manière pas de droit à une rente (cf. ci-après consid. 7b). Ainsi, il convient de suivre les conclusions du Dr H._____ s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle.

Quant à la capacité de travail de Q._____ dans une activité adaptée, elle est de 100 % selon le Dr C._____ (cf. rapport de ce médecin du 2 septembre 2011) et aux dires du Dr P._____ de « 50-100%

en fonction de son état psychologique » (cf. rapport de ce médecin du 25 août 2014) puis « théoriquement de 100 % » (cf. rapport de ce médecin du 27 février 2015), ce qui corrobore l'appréciation du Dr H._____ sur ce point. L'affirmation de la recourante selon laquelle sa capacité de travail dans une activité adaptée serait de 50 % n'est donc étayée par aucun élément médical et est contredite par les constatations des médecins.

b) Sur le plan psychique, l'expert considère que la capacité de travail est de 100 % dans toute activité et ce depuis toujours (cf. rapport d'expertise du Dr D._____ p. 19). Dans son rapport du 27 février 2015, le Dr P._____ mentionne certes un état psychologique pouvant jouer un rôle aggravant et limiter la capacité de travail de la recourante, mais comme le relève à juste titre l'OAI, il n'affirme pas réellement que ladite symptomatologie aurait effectivement un effet incapacitant, pas plus qu'il ne pose formellement de diagnostic psychiatrique.

La recourante estime pour sa part être atteinte d'un trouble somatoforme douloureux invalidant. Elle explique que son état de santé ne s'améliore pas et que les atteintes psychiatriques et neurologiques deviennent progressivement déterminantes, ajoutant que l'état anxio-dépressif dont elle souffre fait partie du trouble somatoforme. Elle est d'avis qu'au vu de l'évolution défavorable de son état de santé, on peut sérieusement conclure qu'une comorbidité dépressive au trouble somatoforme douloureux entraîne une incapacité totale de travail.

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

En résumé, un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister aux motifs d'exclusion. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend une catégorie « degré de gravité fonctionnel », dans laquelle sont notamment examinés le caractère prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, le succès des traitements et de la réadaptation professionnelle ou la résistance à ceux-ci, les comorbidités (axe « atteinte à la santé »), les diagnostics relevant des troubles de la personnalité, la structure particulière de la personnalité (« axe personnalité ») et les facteurs sociaux (axe « contexte social »). Elle contient également une catégorie « cohérence », dans laquelle sont analysées les limitations du niveau d'activité et le poids des souffrances en fonction de l'attitude de l'assuré face aux traitements.

Dans le cas de la recourante, il ne ressort nullement des pièces au dossier qu'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux ait été posé par le corps médical. Dans son rapport d'expertise, le Dr D. _____ pose le diagnostic d'éventuelle légère dysthymie, mais sans effet sur la capacité de travail. Il ne constate aucune atteinte psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Certes, un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire tel que mis en évidence par le Dr H. _____ peut constituer dans certains cas une indication à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble assimilé, mais pour autant que les critères permettant de poser ce type de diagnostic (par exemple la présence des « triggers points » en cas de fibromyalgie) soient réalisés, ce qui n'est toutefois pas le cas en l'espèce. L'expert-psychiatre relève en outre que Q. _____ ne présente pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme, mais tout au plus un sommeil perturbé en raison de ses douleurs. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique ou de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale, et les quelques signes anxio-dépressifs ténus n'entrent pas dans le cadre d'un épisode dépressif majeur de gravité moyenne ou sévère. L'expert explique d'ailleurs que les légers symptômes dépressifs qui accompagnent les douleurs chroniques constituent des manifestations réactives d'accompagnement de celles-ci, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome, d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux (cf. rapport d'expertise du Dr D. _____ p. 17 et 18). Ainsi, l'opinion de la recourante selon laquelle elle présenterait un trouble somatoforme douloureux n'est corroborée par aucun élément médical et ne saurait dès lors être suivie.

c) Au vu de ce qui précède, il convient donc de retenir que dans son activité de femme de ménage, l'assurée possède une capacité de travail de 80 % et qu'elle est de 100 % dans une activité adaptée.

7. La recourante conteste également le calcul du taux d'invalidité et substitue son propre calcul à celui de l'intimé.

a) À cet égard, il faut préalablement constater que l'OAI a appliqué à juste titre la méthode mixte, dès lors que la recourante a déclaré que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à temps partiel, soit à 80 % (cf. supra consid. 3c). Dans son calcul, la recourante estime toutefois que la part active devrait se monter à 60 % et la part ménagère à 40 %. Cependant, il ressort des déclarations de Q._____ à l'enquêtrice de l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait entre 80 % et 100 % par intérêt personnel et nécessité financière. Sans enfant, l'intéressée avait travaillé dans des pourcentages variant entre 60 et 100 %. Par conséquent, force est d'admettre que la détermination de la part active et de la part ménagère, à hauteur de 80 %, respectivement de 20 %, ne prête pas le flanc à la critique. La recourante n'explique d'ailleurs pas en quoi ses déclarations qui sont consignées dans le rapport d'enquête du 3 novembre 2011 ne traduiraient pas fidèlement ses propos.

Au demeurant, la recourante ne conteste pas l'appréciation des différents paramètres entrant en ligne de compte dans le cadre de l'enquête ménagère, ni le taux d'empêchement de 12.1 % retenu par l'enquêtrice. Examiné d'office par la Cour de céans, ce calcul n'est pas critiquable, de sorte que le taux de 12.1 %, pondéré à hauteur de 2.42 % en fonction de la part ménagère de 20 %, doit être confirmé.

b) Pour ce qui est de la part active, l'OAI s'est référé au salaire déclaré par l'employeur de la recourante dans le questionnaire pour l'employeur du 4 février 2011, soit un revenu annuel sans invalidité de 34'190 fr. 40. Cependant, il ressort de ce document que ce salaire correspond à un taux d'activité de 60 % et non pas de 80 %. Ramené à un taux d'activité de 80 %, le revenu sans invalidité s'élève donc à 45'587 fr. 20 ($[34'190 \text{ fr. } 40 \times 100 : 60] \times 80 \%$). Dans la mesure où Q._____ présente une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle, son revenu avec invalidité se monte également à 45'587 fr. 20 et elle ne subit par conséquent aucun préjudice économique. C'est ainsi un degré d'invalidité de 0 % qui doit être pris en considération dans le cadre de la part active.

Une fois les taux d'invalidité dans les deux domaines additionnés, il en résulte effectivement un degré d'invalidité total de 2.42 %, de sorte que ce chiffre doit être confirmé.

Même à admettre que la capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle aurait été quelque peu surévaluée par l'expert (cf. supra consid. 6a), cela n'influerait pas sur l'issue du présent litige. En effet, en prenant en considération une capacité de travail légèrement diminuée, qui au vu des éléments du dossier ne devrait pas être inférieure 70 %, on obtiendrait un préjudice économique de l'ordre de 12.5 % (45'587 fr. 20 [revenu sans invalidité] - 39'888 fr. 80 [revenu avec invalidité] x 100 : 45'587 fr. 20). Pondéré en fonction du pourcentage de la part active, le degré d'invalidité se monterait à 10 % s'agissant de l'activité professionnelle de la recourante (12.5 x 80 %). Ajouté au 2.42 % d'invalidité pour la part ménagère, on arriverait à degré d'invalidité total de 12.42 %, soit un taux largement inférieur au seuil ouvrant droit à une rente d'invalidité ou à une mesure de reclassement (cf. supra consid. 3b). Toutefois, dans un tel cas, la recourante pourrait éventuellement remplir les conditions pour qu'une mesure de placement lui soit octroyée, étant précisé que d'un point de médical, celle-ci serait possible aux dires de l'expert (cf. rapport d'expertise du Dr D. _____ p. 18).

c) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que le taux d'invalidité de la recourante est effectivement inférieur à 40 %, ce qui ne lui ouvre pas le droit à une rente. Dans la mesure où il est également largement inférieur à 20 %, il ne donne pas non plus de droit aux mesures de reclassement de l'AI. Les griefs de la recourante à cet égard sont par conséquent mal fondés.

d) Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une « analyse complète psycho-psychique de la part du SMR ». En effet, de nouveaux examens médicaux ne seraient pas de

nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 5b).

8. a) En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 fr.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 septembre 2014 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 Q._____.
- IV.** 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 :

- Asllan Karaj (pour Q. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :