

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 décembre 2015

Composition : M. DÉPRAZ, président
Mmes Brélaz Braillard, juge et Dormond Béguelin,
assesseure
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

X._____, à Vevey, recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour
l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. Née le [...], X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), de nationalité portugaise, a travaillé en tant que femme de ménage ou nettoyeuse auprès de différents employeurs, pratiquement sans discontinuer depuis son arrivée en Suisse en 1991.

L'assurée est employée en tant que nettoyeuse par M._____ SA à Vevey depuis le 17 mai 1993. Elle accomplit une durée hebdomadaire de travail de 15 heures 25 minutes, ce qui correspond à un taux d'activité d'environ 37%.

En outre, l'assurée exerce également depuis de nombreuses années la profession de femme de ménage à raison de 5 heures 30 minutes par semaine (soit à un taux d'activité d'environ 14%) pour le compte de F._____, puis de sa succession, à W._____.

Entre 2007 et 2012, l'assurée a en outre tenu la conciergerie de l'immeuble dans lequel elle résidait alors sis à la Rue Y._____ à Vevey pour un taux d'environ 10%. Elle indique avoir abandonné cette activité en raison de son état de santé.

L'assurée a été en incapacité de travail pendant plusieurs périodes entre le 12 janvier 2012 et le 31 août 2013 puis à nouveau, à 100%, dès le 10 octobre 2013. Aucun élément ne fait état d'une reprise du travail depuis lors.

B. Le 29 novembre 2013, la recourante a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité datée du 26 novembre 2013 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 18 décembre 2013, la recourante a indiqué en réponse à une demande de l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle exercerait la fonction d'aide-soignante à 100%.

Dans son rapport médical du 20 décembre 2013 à l'attention de l'OAI, la Dresse P._____, médecin traitant de l'assurée, a retenu le diagnostic d'ostéogénèse imparfaite de type V à caractère congénital. Elle indiquait dans l'anamnèse que l'assurée souffrait de lombalgies chroniques dans le contexte d'une ostéogénèse imparfaite, en exacerbation depuis 2012 dans un cadre professionnel non adapté à sa pathologie. En outre, ce médecin avait constaté une douleur du dos, du fémur, une raideur généralisée des articulations avec hypo-mobilité. Le pronostic était celui d'une maladie chronique avec risque de fractures. Selon cette professionnelle, l'activité exercée n'était plus exigible compte tenu des restrictions imposées par l'état de santé.

Plusieurs rapports médicaux étaient joints à celui de la Dresse P._____.

Dans un rapport du 7 novembre 2012, le Prof. K._____ et le Dr S._____, médecin assistant, du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital Q._____ ont posé les diagnostics de lombalgie commune dans le cadre d'une maladie de Lobstein (« maladie des os de verre ») avec une fracture de tassement de L1 en 2009 traitée conservativement et d'une osteogenesis imperfecta avec fracture itérative du fémur proximal et de la diaphyse fémorale droite, status post-ostéosynthèse avec broche et cerclage du fémur proximal droit en 2007 et AMO [ablation du matériel d'ostéosynthèse ndr] en 2008 et fracture de tassement de L1 stable en 2009 traitée conservativement par corset 3 points. Il résulte de ce rapport que la patiente avait consulté suite à une lombalgie d'apparition subite le 29 septembre 2012 en se levant de son lit sans notion de traumatisme dorso-lombaire hormis sa chute en 2009.

Dans un rapport du 29 mai 2013, faisant suite à des consultations des 8 mars et 24 mai 2013, la Dresse J. _____ du Service de rhumatologie du Département de l'appareil locomoteur de l'Hôpital Q. _____ a posé le diagnostic de probable ostéogénèse imparfaite, précisant que le diagnostic génétique serait proposé à la fin de l'année 2013. En conclusion de son rapport, la Dresse J. _____ constatait notamment ce qui suit : « [L'assurée] souffre d'une fragilité osseuse génétique type ostéogénèse imparfaite. Elle n'est pas ménopausée et les valeurs densitométriques sont légèrement ostéopéniques. Elle a présenté sa dernière fracture il y a 3 ans, fracture traumatique. Depuis, pas de fracture atraumatique. »

Enfin, la recourante ainsi que ses deux filles, qui présentent le même diagnostic, l'affection étant d'origine génétique, ont été vues dans le cadre de la journée Ostéogénèse imparfaite en date du 21 octobre 2013. A cette occasion, la Prof. A. _____ du Service de rhumatologie et Centre des maladies osseuses de l'Hôpital Q. _____ a constaté dans un rapport du 11 novembre 2013 ce qui suit s'agissant de l'assurée : « [L'assurée] présente une ostéogénèse imparfaite avec cal hypertrophique avec des caractéristiques radiologiques et cliniques typiques de l'ostéogénèse imparfaite de type 5. [...] Les trois [l'assurée et ses deux filles, ndr] présentent une taille modérée avec un flexum du coude bilatéral qui a été opéré chez les deux jeunes filles et des caractéristiques radiologiques classiques de l'OI [ostéogénèse imparfaite] type 5. Je leur ai expliqué qu'il s'agit d'une rare forme d'OI dominante, causée par un gène identifié récemment, le IFITM5. La fonction de ce gène est encore inconnue, en particulier sa fonction dans le tissu osseux n'est pas connue actuellement. Cependant, le diagnostic moléculaire est possible et nous pouvons facilement préciser le diagnostic avec une prise de sang. [L'assurée] et ses filles ont souhaité faire cette analyse afin de préciser le diagnostic. Une demande sera faite prochainement à leur caisse maladie pour une prise en charge des coûts de l'analyse. [L'assurée] est actuellement en arrêt maladie à cause de douleurs au dos et au col du fémur. Elle présente une raideur généralisée des articulations avec une hypo-mobilité marquée des grandes articulations ainsi que de la colonne.

Elle est prise en charge par la Dresse J._____ du point de vue rhumatologique ainsi que par un physiothérapeute. »

Dans un rapport adressé à l'OAI le 23 janvier 2014, la Dresse J._____ a indiqué ce qui suit concernant la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exercée : « Je n'ai pas évalué [l'assurée] dans cette [sic] optique. Néanmoins, la patiente présente une maladie du collagène généralisée avec risque de fracture, fatigabilité musculaire précoce, cal hypertrophique séquellaire et typique de son OI type 5 et douleurs. Tout ceci peut diminuer sa capacité de travail, en tant que femme de ménage jusqu'à 40% environ ». Quant aux restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, ce médecin précisait qu' « une activité professionnelle avec l'absence de port de charge, aménagement de périodes de repos et absence de risque de chute serait préférable. »

Le 26 février 2014, l'assurée a eu un entretien avec une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI. S'agissant des objectifs et de la stratégie, il est indiqué que l'assurée n'avait aucune idée du type de travail qu'elle pourrait exécuter au vu de ses difficultés de santé mais serait prête à collaborer si une solution lui était proposée. En outre, une reprise de l'activité chez l'employeur serait peu probable, une adaptation du poste de travail impossible car une nouvelle organisation du travail a été mise en place et la possibilité d'une nouvelle fonction chez l'employeur peu probable compte tenu du manque de qualification de l'assurée.

Dans un avis médical daté du 11 mars 2014 et signé par le Dr V._____, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) s'est référé aux constatations de la Dresse J._____ s'agissant de la capacité de travail à 40% dans l'activité de femme de ménage. Il a considéré que si l'assurée tenait à travailler à 100%, il conviendrait de la réinsérer dans une activité mieux adaptée comme une activité d'ouvrière en position assise sans port de charges. Si l'assurée voulait rester à ses postes

actuels, elle devait aménager ses horaires pour les étaler de façon harmonieuse sur la semaine.

Dans une note interne du 23 septembre 2014, l'OAI a constaté que l'assurée travaillait pour le compte de deux employeurs pour un taux total d'environ 51%. Si l'assurée avait auparavant également travaillé en tant que concierge, elle avait cessé cette activité en avril 2012 sans chercher à la remplacer par une autre. Dès lors, le préjudice économique calculé selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) se monterait à 2.56%. L'OAI expose avoir tenu compte d'une moyenne des salaires perçus auprès de M. _____ SA et de la succession F. _____ entre 2011 et 2013 mais ne pas avoir tenu compte du revenu réalisé dans l'activité de concierge.

Par une communication également datée du 23 septembre 2014, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible actuellement au motif que l'OAI avait demandé une enquête ménagère dont il attendait les conclusions.

Dans un rapport médical détaillé (formulaire E 213) du 24 septembre 2014, la Dresse P. _____ a notamment indiqué les restrictions suivantes à prendre en compte : le travail posté ; la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés. Les postures de travail devaient en outre être alternées, moyennant des pauses supplémentaires toutes les 30 minutes et en faisant alterner marche, stations debout et position assise.

Elle a en outre complété ces indications en mentionnant que la capacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée était de 0% et qu'un travail adapté n'était pas possible, ni à temps plein ni à temps partiel.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 10 novembre 2014. Selon le rapport daté du 17 novembre 2013 [recte : 2014], les enquêtrices ont proposé le statut de 60% active et 40%

ménagère. Elles exposent que le statut de 60% tient compte de l'activité de conciergerie exercée jusqu'en 2012, cette activité ayant été arrêtée par l'assurée en raison de son état de santé. Elles relevaient également que l'indication par l'assurée le 18 décembre 2013 qu'elle exercerait la profession d'aide-soignante à 100% relevait d'une mauvaise interprétation du formulaire.

S'agissant de l'empêchement afférant à chacune des rubriques, les enquêtrices ont retenu les taux suivants :

- 0% pour la conduite du ménage ;
- 40% pour l'alimentation, l'assurée devant se faire aider notamment pour mettre la table, débarrasser et ranger la vaisselle ainsi que pour les nettoyages en hauteur et pour mettre et sortir des plats au four ou porter des casseroles ;
- 60% pour l'entretien du logement, l'assurée ne pouvant passer l'aspirateur et entretenir les sols, tâches désormais effectuées par ses filles. Son mari s'occupe de l'entretien des vitres ;
- 10% pour les emplettes et courses diverses, étant précisé que l'assurée ne peut porter des sacs lourds ;
- 40% pour la lessive et l'entretien des vêtements, l'assurée ne pouvant elle-même descendre et remonter le linge ni l'étendre ;
- 0% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, les filles de l'assurée étant totalement autonomes ;
- 40% pour la rubrique divers, l'assurée ayant dû mettre fin à certaines activités en raison de son état de santé.

Compte tenu de la pondération attribuée à chaque rubrique, les enquêtrices ont conclu que l'assurée présentait un empêchement de 38.9 % dans l'accomplissement des tâches ménagères soit un degré d'invalidité de 15.56% ($38.9 \times 40 / 100$).

Par ailleurs, les enquêtrices ont constaté qu'en raison de douleurs dorsales, l'assurée avait dû se lever pendant l'entretien, la position assise lui étant difficile et douloureuse.

C. Le 4 décembre 2014, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision rejetant sa demande de prestations. L'OAI a retenu une capacité de travail et de gain de 40% dans l'activité professionnelle habituelle de femme de ménage et de nettoyeuse mais une capacité de travail à 100% dès le 23 janvier 2014 au moins dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues soit « activité professionnelle en position assise » et « sans port de charge ». Selon l'OAI, l'activité professionnelle d'ouvrière de fabrique serait donc adaptée.

En ce qui concerne le calcul du préjudice économique, l'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 29'261 fr. et un revenu avant invalidité moins élevé soit de 25'023 fr. 65. Ce dernier montant a été calculé sur la base de la moyenne des revenus soumis à cotisations réalisés par l'assurée en 2011 et 2012 auprès de M. _____ SA et de la succession F. _____. Il n'a en revanche pas été tenu compte des revenus réalisés dans l'activité de conciergerie à la Rue Y. _____. Dès lors, le taux d'invalidité était de 0%.

Compte tenu de la répartition entre la part active (60% avec un taux d'invalidité de 0%) et la part ménagère (40% avec un taux d'invalidité de 15.56%), l'OAI retient un taux d'invalidité de 15.56%.

Par courrier du 7 janvier 2015, l'assurée a fait opposition au projet de décision précité. Elle invoquait qu'en raison de sa maladie « des os de verre » évolutive, elle n'était plus en mesure d'assumer une quelconque activité professionnelle. Elle critiquait en outre les incapacités fonctionnelles retenues en faisant valoir qu'elles étaient plus nombreuses que celles mises en évidence par l'OAI. En outre, elle exposait que du fait des déformations osseuses et des douleurs (col du fémur et une vertèbre cassés), elle n'arrivait plus à s'asseoir correctement et ne pouvait rester assise qu'un petit moment en se positionnant sur le bord de la chaise. Etait joint à l'opposition de l'assurée un courrier de la Dresse P. _____ du 5 janvier 2015 adressé à qui de droit dont on extrait ce qui suit : « Par rapport [au projet de décision du 4 décembre 2014] qui stipule que

[l'assurée] a une capacité de travail et de gain de 40% dans ses activités professionnelles habituelles de femme de ménage et nettoyeuse et une capacité de travail exigible à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pourrait faire ouvrière de fabrique), je me permets d'émettre mon désaccord face à cette décision et de soutenir la personne susmentionnée dans sa démarche de recours. Je ne pense pas que [l'assurée] puisse travailler à 100% dans une activité adaptée, comme il est suggéré dans le rapport, par exemple comme ouvrière de fabrique. A mon avis, ses limitations fonctionnelles sont trop importantes. En ce sens, je trouverais judicieux d'avoir un avis d'expert. Je continue d'établir des certificats d'incapacité de travail car [l'assurée] n'est pas capable de travailler dans son activité professionnelle actuelle ».

Le 22 janvier 2015, le médecin du SMR a établi un nouvel avis médical constatant que la Dresse P._____ n'apportait pas d'élément nouveau et que son avis non circonstancié ne saurait être pris en considération. Le médecin du SMR exposait que son précédent avis reposait sur les constatations de la Dresse J._____, laquelle ne mentionnait pas d'évaluation de la capacité de travail. En outre, le médecin exposait avoir repris contact avec la Dresse J._____, laquelle notait une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan de la mobilité et plus particulièrement celle des articulations des genoux et cela en rapport avec des cals hypertrophiques. Il convenait donc de prendre en compte de nouvelles limitations fonctionnelles à savoir une activité essentiellement sédentaire en position assise avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout si possible à la demande. Dans une telle activité adaptée, la Dresse J._____ pensait que la capacité de travail de l'assurée était de 60% pouvant être progressivement augmentée à 80%.

Dans un courrier du 30 janvier 2015 adressé au médecin conseil de l'OAI, la Dresse J._____ indique ce qui suit : « D'un point de vue médical, à noter une aggravation de ses [celles de l'assurée ndr] capacités fonctionnelles avec une ankylose du genou gauche qui s'est aggravée sur l'année 2014 avec, aujourd'hui, une flexion limitée à 80°. Après des mois de douleurs, la patiente a été soulagée. Il s'agit donc

d'une aggravation mécanique, mais non douloureuse actuellement. La patiente est en incapacité de travail à 60% dans son métier de femme de ménage. Dans une activité de travail sédentaire, sans escalier, sans vibration, sans déplacement, en alternant les positions assise et debout, pour respecter ses contraintes mécaniques sur l'appareil locomoteur, en l'absence de port de charge avec les restrictions notées dans le 1^{er} rapport de 2014, sa capacité de travail serait entre 60 et 80%. »

Par décision du 12 février 2015, l'OAI a confirmé le refus des prestations. Il a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 40% dans son activité professionnelle habituelle de femme de ménage. En outre, l'OAI a retenu une capacité de travail exigible entre 60% et 80% dès le 23 janvier 2014 dans une activité adaptée. Compte tenu de ces données, il arrivait toujours à la conclusion que le revenu d'invalidité auquel l'assurée pouvait prétendre (29'261 fr.) était plus élevé que celui que l'assurée avait réalisé avant son atteinte à la santé (25'023 fr. 65). Dès lors, l'OAI a retenu à nouveau un taux d'invalidité de 15.56%, insuffisant pour donner droit à des prestations.

Le 15 janvier 2015, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent qui ne fait pas l'objet du présent litige.

D. Par acte du 13 mars 2015 de son conseil, la recourante a déféré la décision de l'OAI du 12 février 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI et au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre d'une expertise et d'un stage COPAI après quoi l'intimé se prononcera à nouveau sur les éventuelles mesures de réadaptation et sur la rente.

En substance, la recourante fait valoir que les avis médicaux sur lesquels s'est fondé l'OAI sont incomplets et contradictoires. La Dresse J._____ n'aurait pas examiné la recourante dans le but d'établir sa capacité de travail puis aurait donné une fourchette imprécise (60-80%) ; elle ne se serait prononcée que sur les limitations fonctionnelles. Les avis du SMR seraient imprécis s'agissant de la capacité de travail et

contradictoires s'agissant des limitations fonctionnelles. Seules les conclusions de la Dresse P._____ seraient pertinentes. L'OAI aurait dû ordonner une expertise. Les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI seraient incomplètes. L'activité jugée exigible d'ouvrière de fabrique recouvrirait des postes très différents et ne serait pas adaptée à l'état de santé de la recourante. Les mesures de réadaptation n'auraient jamais été sérieusement examinées. Il y aurait lieu d'examiner le rendement que peut avoir la recourante dans une activité adaptée par l'organisation d'un stage COPAI.

L'intimé s'est déterminé le 22 juin 2015 sur le recours. Il indique s'être en particulier fondé sur les avis de la Dresse J._____ et relève que cette praticienne avait indiqué qu'une activité adaptée pouvait être débutée à un taux de 60%, lequel pourrait ensuite être augmenté à 80%. Il n'y aurait donc pas d'imprécision s'agissant du taux de capacité de travail. Quant au point de vue de la Dresse P._____, il n'amènerait aucun élément nouveau et serait moins pertinent que celui de la Dresse J._____ qui est au bénéfice d'une spécialisation en rhumatologie. Enfin, l'intimé précisait qu'il avait été jugé que la fonction d'ouvrière de fabrique était adaptée aux circonstances et qu'il appartenait à la recourante de mettre en valeur sa capacité de travail dans ce domaine.

Par acte du 17 août 2015, la recourante s'est référée à son mémoire de recours. Cette détermination a été transmise à l'OAI pour information.

Aucune mesure d'instruction complémentaire n'a été ordonnée.

La Cour, composée de deux magistrats professionnels et d'un assesseur (art. 37 al. 1 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; RSV 173.31.1]), a délibéré à huis clos.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (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. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). S'agissant du droit à une rente ou à d'autres prestations de l'assurance-invalidité dont la valeur litigieuse est susceptible de dépasser 30'000 fr., la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

b) En l'espèce est litigieuse la question du droit de l'assurée à des mesures pour une réadaptation professionnelle ainsi qu'à une rente.

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 al. 1 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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

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

Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus). 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 (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité).

Lorsque, comme en l'espèce, l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 ; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée ; TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4 ; 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1 ; 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 4 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

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

Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité

lucrative ; il suit de là que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans la part d'activité active et non résulter du degré d'invalidité globale, sauf à admettre que l'accomplissement des travaux habituels peut avoir une influence décisive sur la question de la réadaptation professionnelle (TF 9C_177/2015 du 18 septembre 2015 consid. 4.2 ; TF 9C_316/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2.).

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

5. a) La recourante fait grief à l'OAI de s'être fondé sur des opinions médicales incomplètes et contradictoires quant à l'activité adaptée pouvant être raisonnablement exigée de sa part compte tenu de ses limitations fonctionnelles ainsi que sur la capacité de travail qu'elle aurait dans cette activité. Partant, et de manière implicite, la recourante conteste le montant du revenu après invalidité sur lequel s'est fondé l'OAI pour rendre la décision attaquée. En outre, l'intimé ne se serait jamais prononcé concrètement sur les mesures de réadaptation.

b) Il convient d'abord d'observer que la recourante ne remet pas en cause l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à son cas particulier.

Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut examiner pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ce que l'assuré ferait s'il n'était pas atteint dans sa santé sans tenir compte du taux d'activité qui pourrait être raisonnablement exigé de lui s'il était en bonne santé (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, Genève - Zurich - Bâle 2011, n. 2173, p. 583 ; ATF 133 V 504 consid. 3.3 et les références citées).

Il résulte du dossier que l'assurée n'a jamais exercé une activité professionnelle à temps plein et que sa réponse au questionnaire du 18 décembre 2013 selon laquelle elle souhaiterait exercer une activité d'aide-soignante à 100% résulte d'une incompréhension de la demande de l'intimé. Sur le principe, il est donc justifié de déterminer une part active et une part ménagère. La décision attaquée retient, en se référant à l'enquête ménagère du 10 novembre 2014, une proportion de 60% pour la part active et de 40% pour la part ménagère.

Dès lors que cette répartition n'est pas remise en cause, il convient d'examiner si l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante repose sur des éléments suffisants et a été faite de manière correcte. Selon la décision attaquée, le revenu d'invalidité auquel peut raisonnablement prétendre l'assurée à 60% s'élève à 29'261 fr. alors que le revenu réalisé avant son atteinte à la santé s'élevait à 25'023 fr. 65. Il en résulterait un degré d'invalidité de 0% dans la part active. En outre, sur la base de l'enquête ménagère, le degré d'invalidité dans la part ménagère serait de 15.56% (soit $38.9 \times 40 / 100$). Le degré d'invalidité serait donc de 15.56%, soit insuffisant tant pour ouvrir le droit à une rente qu'à des mesures de réadaptation (cf. consid. 4a ci-dessus).

c) A ce stade, on observera que le degré d'invalidité pour la part ménagère n'est pas contesté. On relèvera encore que ce degré tient notamment compte d'un taux d'empêchement de 38.9% pour l'ensemble

des tâches ménagères dont notamment 60% pour les tâches relatives à l'entretien du logement.

d) Il convient maintenant d'examiner l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part active.

En premier lieu, même si la recourante ne le met pas directement en cause, il convient d'examiner le montant du revenu sans atteinte à la santé retenu par la décision attaquée. Il résulte clairement du rapport d'enquête (p. 4, ch. 5 et p. 8, ch. 9) que le statut d'active à 60% tient non seulement compte des activités exercées par la recourante pour le compte de M. _____ SA (37%) et de la succession F. _____ (14%) mais également d'une précédente activité de conciergerie à la Rue Y. _____ à Vevey que l'assurée avait dit avoir abandonnée en avril 2012 pour des raisons de santé. Or, selon le document « IP - Calcul du salaire exigible » du 23 septembre 2014, le calcul du revenu sans atteinte à la santé de 25'023 fr. 66 est fondé uniquement sur les revenus réalisés auprès de M. _____ SA et de la succession F. _____ sur une durée moyenne de trois ans alors que les revenus issus de la conciergerie à la Rue Y. _____ n'ont pas été pris en compte.

Il existe donc une contradiction dans la décision attaquée entre la part active retenue - soit 60% - et le calcul du revenu sans atteinte à la santé qui se fonde sur une activité de la recourante à hauteur de 51%. Cette contradiction est susceptible d'influencer la décision attaquée puisque le calcul du salaire exigible tient compte d'un taux horaire de 60%. Il y a donc lieu de compléter l'instruction de la cause pour déterminer le montant du revenu sans atteinte à la santé réalisé par la recourante à 60% de manière à le comparer avec celui qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée exercée au même taux d'activité (méthode ordinaire de comparaison des revenus).

Comme on le verra, il se justifie, en raison des autres lacunes du dossier, de renvoyer la décision à l'OAI pour qu'il complète son instruction sur ce point.

e) Il convient ensuite d'examiner le calcul du revenu d'invalidé opéré dans la décision attaquée. Le document du 23 septembre 2014 précité se fonde sur le salaire moyen selon les données de l'ESS d'une ouvrière de fabrique en tenant compte de l'indexation et d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, des années de service ainsi que de la nationalité de l'assurée. S'agissant plus précisément des limitations fonctionnelles, la décision attaquée retient « activité professionnelle essentiellement sédentaire en position assise avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout » ainsi que « sans port de charge. »

La recourante conteste qu'une activité d'ouvrière de fabrique puisse être raisonnablement exigée compte tenu de son état de santé. S'agissant des limitations fonctionnelles, manqueraient la nécessité de faire des pauses régulières, le risque de fracture et les blocages, notamment des coudes.

Il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente (Valterio, op. cit., n. 2114, p. 564). Dans ce cadre, il incombe à l'administration d'indiquer les possibilités de travail compte tenu des indications médicales et des aptitudes de l'assuré.

En l'espèce, on relèvera que, dans un premier de temps, l'avis du SMR du 11 mars 2014 retenait qu'une activité « d'ouvrière en position assise sans port de charges » serait adaptée. Toutefois, cet avis se fondait – à tort, comme exposé plus haut – sur un taux d'activité hypothétique de 100%. En outre, il était, s'agissant de la position assise, en contradiction avec certaines pièces du dossier. Ainsi, dans son rapport du 20 décembre 2013, la Dresse P._____ avait précisé que les activités uniquement en position assise n'étaient pas indiquées pour l'assurée. Dans le formulaire « E 213 », cette médecin avait également mentionné que seul un travail faisant alterner les postures avec des pauses supplémentaires toutes les

30 minutes était compatible avec l'état de santé de l'assurée. Dans le cadre de la procédure d'audition, le SMR a tenu compte dans son avis du 22 janvier 2015 de « nouvelles limitations fonctionnelles en plus que [sic] celles définies en janvier 2014, à savoir une position assise et debout si possible à la demande ». Néanmoins, ces nouvelles limitations fonctionnelles n'ont pas conduit l'OAI à examiner si l'activité d'ouvrière en fabrique restait adaptée à l'état de santé de l'assurée.

En outre, l'OAI n'a pas tenu compte dans sa décision d'autres limitations fonctionnelles retenues par les médecins sans indiquer les motifs pour lesquels il y aurait lieu cas échéant de s'écarter de cette appréciation. Ainsi, il ressort tant des constatations de la Dresse P. _____ (cf. formulaire E 213, ch. 10 et attestation du 5 janvier 2015) que de celles de la Dresse J. _____ (cf. avis du 23 janvier 2014) que l'activité exercée par l'assurée doit également, pour être raisonnablement exigible, aménager des périodes de repos et présenter une absence de risque de chute.

Au vu de ce qui précède, on doit considérer que l'OAI n'a pas examiné de manière suffisamment complète la question des limitations fonctionnelles de l'assurée pour déterminer l'activité qui pourrait être raisonnablement exigée de l'assurée. Il convient donc également de renvoyer sur ce point la décision querellée à l'intimé afin qu'il précise les limitations fonctionnelles de l'assurée, cas échéant en procédant à une évaluation professionnelle auprès d'un centre d'observation.

e) Enfin, il y a lieu de déterminer la capacité de travail de l'assurée dans l'activité exigible.

Sur ce point, le dossier se fonde sur des constatations médicales incomplètes et contradictoires. La décision attaquée retient « une capacité de travail se situant entre 60% et 80% » dans une activité adaptée.

Dans ses déterminations, l'intimé se réfère aux déclarations de la Dresse J._____ rapportées par le SMR dans son avis du 22 janvier 2015 selon lesquelles « dans une telle activité adaptée, [cette médecin] pense que l'assurée peut débiter à 60% et augmenter progressivement jusqu'à 80%. » Toutefois, dans son courrier du 30 janvier 2015 à l'OAI, la Dresse J._____ se contente d'indiquer que la capacité de travail « serait entre 60 et 80% » sans préciser si le taux de 80% pourrait être atteint progressivement. En outre, ces constatations ont été établies sans que la Dresse J._____ ne revoie l'assurée afin d'établir sa capacité de travail. Cette médecin avait par ailleurs indiqué dans ses précédentes constatations médicales du 23 janvier 2014 ne pas avoir évalué la recourante dans l'optique de déterminer sa capacité de travail. Enfin, les constatations de la Dresse J._____, sur lesquelles se fonde le SMR pour retenir une capacité de travail de 60% à 80%, sont en contradiction avec celles de la Dresse P._____ qui estime que la capacité de travail de l'assurée est nulle, y compris dans une activité adaptée. Les constatations de cette praticienne, par ailleurs médecin traitant de l'assurée, ne reposent toutefois pas sur des constatations objectivables.

En l'espèce, aucun des avis médicaux ne satisfait aux critères posés par la jurisprudence et n'emporte la conviction sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Il convient d'instruire plus spécifiquement la question de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, cas échéant par la mise en œuvre d'une expertise médicale.

On relève par ailleurs que les constatations de la Dresse J._____ pouvaient être interprétées différemment dans la mesure où cette dernière n'a pas indiqué si la capacité de travail qu'elle estimait se rapportait à un taux d'activité à 100% ou à un taux d'activité à temps partiel. Or, il résulte du dossier que le revenu d'invalidé de 29'261 fr. retenu par la décision attaquée ne tient pas compte d'une éventuelle incapacité de travail. Autrement dit, l'OAI a estimé que l'avis médical de la Dresse J._____ signifiait que l'assurée pouvait avoir une pleine capacité de travail dans la mesure où elle ne travaillait qu'à 60%.

Pourtant, il est à tout le moins douteux sur la base du dossier que cet avis puisse être interprété en ce sens. En effet, l'évaluation de la capacité de travail contenue dans l'attestation du 30 janvier 2015 se réfère expressément à l'incapacité de travail de la patiente à 60% dans son activité de femme de ménage. Compte tenu des atteintes à la santé dont souffre la recourante, il est peu plausible que ce médecin ait considéré que la patiente pourrait exercer une activité de femme de ménage à hauteur de 40% d'un temps complet. Il apparaît bien plutôt que la Dresse J._____ s'est fondée sur les circonstances concrètes du cas et a retenu une incapacité de travail de 60% par rapport au taux de 60% effectivement exercé par la recourante (soit une capacité de travail maximale exigible de 36% dans l'activité de femme de ménage). La recourante a d'ailleurs présenté des incapacités de travail totales et partielles alors même qu'elle exerçait son activité professionnelle à temps partiel. Le fait que l'enquête ménagère retienne un degré d'empêchement de 38.9%, et même de 60% dans la rubrique « entretien du logement », pour des activités comparables à celles exercées professionnellement par l'assurée vient corroborer cette appréciation.

L'OAI ne pouvait donc retenir sans investigation complémentaire au degré de la vraisemblance prépondérante que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée exercée à 60% (soit correspondant à la part active). Il convient donc de compléter l'instruction sur ce point afin que l'intimé recalcule le revenu d'invalidé et la perte économique de l'assurée et examine si, compte tenu des degrés d'invalidité respectifs pour la part active de 60% et la part ménagère de 40%, l'assurée atteint le seuil de 40% ouvrant le droit à la rente ou celui de 20% ouvrant le droit à des mesures de reclassement.

f) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que la décision attaquée repose sur des constatations incomplètes et partiellement contradictoires. Par conséquent, la décision doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction afin de déterminer l'éventuelle capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée tenant compte de l'ensemble de ses restrictions, cas

échéant en complétant les appréciations médicales par une expertise, et de fixer le montant de l'éventuel préjudice économique.

6. 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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). L'avance de frais effectuée par la recourante lui sera restituée.

La recourante obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, elle a droit à des dépens qu'il convient de fixer équitablement à 1'800 fr. à la charge de l'office intimé (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 admis.

- II.** La décision rendue le 12 février 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) est allouée à la recourante à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :