

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 mai 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
MM. Bonard et de Goumöens, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne née en 1956, est entrée en Suisse en 1978 pour y rejoindre son conjoint, avec lequel elle a donné naissance à deux enfants en 1979 et 1982.

Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités lucratives à temps partiel dans le domaine de la vente et des nettoyages, dont celle d'aide-concierge auprès de la C.\_\_\_\_\_ à compter d'août 1992.

**B.** En date du 25 mai 1999, elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) des suites d'une « opération du tunnel carpien. »

Après avoir requis des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et le Prof. G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, l'OAI a diligenté une enquête ménagère au domicile de l'assurée le 5 septembre 2001 et soumis son dossier au Service médical régional AI (ci-après : le SMR).

Ce dernier service a considéré, dans un rapport d'examen du 19 juin 2002, que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était entière dès janvier 1998.

Relevant que l'assurée avait formulé tardivement sa demande de prestations le 25 mai 1999, l'OAI a rendu un projet de décision le 21 juin 2002, par lequel il a envisagé de lui nier le droit à une rente de l'AI. Il a observé qu'à la date du 25 mai 1998, soit un an avant le dépôt de ladite demande, l'assurée avait recouvré une capacité de travail et de gain excluant le droit à la prestation en cause. Une décision, identique à ce projet, a été établie le 22 juillet 2002.

Un recours interjeté par l'assurée auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud a finalement été retiré, de sorte que la décision du 22 juillet 2002 est entrée en force.

**C.** Dans le courant de l'année 2011, souffrant de douleurs de la cuisse gauche, l'assurée a fait l'objet d'investigations médicales qui ont mis à jour une « tumeur desmoïde » traitée au sein du Centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_. Une incapacité totale de travail a été prononcée de ce fait dès le 27 septembre 2011.

Vu la persistance de ladite incapacité, la H.\_\_\_\_\_SA, assureur perte de gain en cas de maladie de la C.\_\_\_\_\_, a avisé l'OAI de la situation de l'assurée en complétant un formulaire de détection précoce le 10 janvier 2012.

Après avoir rencontré l'assurée le 3 février 2012 et contacté ses médecins traitants, l'OAI a retenu qu'elle ne devrait pas rencontrer de limitations fonctionnelles dans son activité d'aide-concierge et serait en mesure de reprendre le travail à brève échéance (cf. courrier de l'OAI à l'assurée du 7 février 2012). Il est toutefois revenu sur ces considérations et a invité l'assurée, par correspondance du 23 mars 2012, à déposer une seconde demande formelle de prestations AI, laquelle est dûment parvenue à l'OAI le 5 avril 2012.

**D.** Procédant à l'instruction de cette nouvelle requête, l'OAI a réuni les informations pertinentes auprès de l'employeur de l'assurée et sollicité la production du dossier constitué par la H.\_\_\_\_\_SA.

La C.\_\_\_\_\_ a indiqué, en date du 30 avril 2012, que l'assurée exerçait l'activité d'aide-concierge depuis août 1992, à hauteur de 3,8 heures de travail par jour à compter de mai 2009, pour un salaire annuel de 33'206 fr. (valeur 2012). Le contrat de travail était toujours en vigueur,

tandis que l'assurée avait été en incapacité de travail totale sans interruption depuis le 27 septembre 2011.

Quant au dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, il contenait notamment les certificats médicaux d'incapacité de travail, ainsi que des rapports de la Dresse D. \_\_\_\_\_ et du Dr L. \_\_\_\_\_, chef de clinique au sein du Centre d'oncologie pluridisciplinaire du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_. Confirmant le diagnostic de « tumeur desmoïde de la cuisse gauche » et le maintien de l'arrêt de travail, ce dernier spécialiste a communiqué les informations suivantes en date du 15 mars 2012 :

« [...] La patiente décrit une sensation de tension et de tuméfaction du mollet depuis plusieurs années. Elle a noté à partir de mai 2011 une masse avec gêne fonctionnelle et des douleurs en position assise dans sa cuisse gauche. Elle en a finalement parlé à son médecin traitant qui a effectué un bilan d'imagerie montrant une masse dans la loge postérieure de la cuisse gauche. La patiente nous a alors été adressée en consultation spécialisée (consultation oncologique de l'appareil locomoteur du Centre Pluridisciplinaire d'Oncologie du Centre hospitalier F. \_\_\_\_\_). Nous avons alors effectué un complément de bilan par biopsie sous CT et CT thoraco-abdominal qui a révélé le diagnostic mentionné ci-dessus. Son dossier a ensuite été discuté dans le cadre du colloque multidisciplinaire des sarcomes où, au vu de l'évolution de la prise en charge de ces dernières années, un traitement d'observation a été proposé à la patiente qui a été revue à plusieurs reprises depuis lors pour discussion en famille et suivi. Au dernier contrôle du 15.12.11, on notait une stabilité des symptômes et radiologique. Nous avons prévu le contrôle radio-clinique suivant 3 mois après le précédent. [...] »

Un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI s'est entretenu avec l'assurée le 9 mai 2012 et a relevé que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables en l'état. Il a par ailleurs appris qu'elle ferait l'objet d'interventions chirurgicales imminentes de l'épaule gauche et du pied droit à l'occasion d'une conversation téléphonique du 6 juin 2012.

En date du 20 juin 2012, le Dr L. \_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'OAI, mentionnant les diagnostics d'une « tumeur desmoïde de la cuisse gauche », d'un « status après biopsie » et d'une « obésité » susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail de sa

patiente. Il a indiqué également une « hypertension artérielle traitée », une « hypercholestérolémie » et un « status après ablation d'un mélanome au bras gauche en 2010 » sans influence sur ladite capacité. Faisant état d'un pronostic favorable, y inclus s'agissant de la reprise d'une activité lucrative, il a souligné que l'assurée présentait des « restrictions physiques uniquement liées à l'obésité morbide et à la gêne de la cuisse gauche » dans des activités telles que « les travaux lourds, les escaliers, les travaux en position de genuflexion, etc. » Il a enfin préconisé une reprise progressive de travail à temps partiel et suggéré un examen par les médecins AI.

La Dresse D.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport à l'OAI le 24 juin 2012, reprenant le diagnostic de « tumeur desmoïde de la loge postérieure de la cuisse gauche » au titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Elle a également relaté une « hypertension artérielle traitée », une « obésité morbide » et un « état dépressif modéré » sans répercussion sur ladite capacité, tout en confirmant l'imminence d'une intervention chirurgicale en raison d'un « conflit sous acromial de l'épaule gauche ». Elle a au surplus maintenu l'incapacité de travail totale attestée auprès de sa patiente, relatant que cette dernière « ne se sent[ait] pas en mesure de travailler ».

Un rapport de la Dresse N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a été communiqué à l'OAI le 6 juillet 2012, où cette praticienne a exposé avoir traité l'assurée « pour son nodule du pied droit fin 2010 », ainsi qu'en raison d'une récente récurrence, sans que cette problématique ne fût une cause d'incapacité de travail.

Par décision de principe du 25 juillet 2012 à l'issue de la phase d'intervention précoce, l'OAI a estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas possibles faute de stabilisation de l'état de santé de l'assurée, l'instruction de son dossier se poursuivant quant à l'examen de son droit à d'autres prestations.

**E.** A la requête de l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie au sein de l'Ensemble Hospitalier I.\_\_\_\_\_, a rédigé un rapport le 3 janvier 2013. Il a retenu un « status après arthroscopie [de l']épaule gauche avec acromioplastie et libération de l'espace sous acromial en raison d'une tendinopathie post traumatique de l'épaule gauche » réalisée le 5 juillet 2012, « sans répercussion majeure sur la capacité de travail », son suivi s'avérant terminé depuis son dernier contrôle du 12 octobre 2010.

Une enquête économique sur le ménage a été diligentée par l'OAI le 27 mai 2013, le rapport corrélatif ayant été établi le 31 mai 2013. S'agissant en premier lieu du statut de l'assurée, l'enquêtrice de l'OAI a relevé que l'activité d'aide-concierge avait été exercée à hauteur de 3,8 heures par jour, soit au taux de 45%, depuis août 1992. L'assurée a pour sa part indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% pour des raisons financières, son époux étant à la retraite, ce que l'enquêtrice a en définitive considéré comme déterminant.

Eu égard en second lieu aux différents champs d'activités ménagères, l'enquêtrice a fait état des empêchements ci-dessous, sur la base des déclarations de l'assurée et des limitations fonctionnelles décrites par le médecin spécialiste du Centre hospitalier F.\_\_\_\_\_, tout en tenant compte de l'aide exigible du conjoint retraité dans l'accomplissement des tâches :

« [...] **8. Travaux**

Description des empêchements dus à l'invalidité	Invalidité	Pondération du champ d'activité	Empêchement
8.1 Conduite du ménage planification/organisation/répartition du travail/contrôle [L'assurée] gère et gère encore ce poste à ce jour.	2-5%	2% 0%	0%
8.2 Alimentation préparation/cuisson/service/nettoyage de la cuisine/provisions Avant son atteinte à la santé, [l'assurée] gère totalement ce poste et faisait des conserves et des confitures avec les produits du jardin.	10-50% 16.8%	42% 40%	

A ce jour, [l'assurée] fait quelques pâtisseries de temps en temps en s'aidant du robot. Elle peut mettre au four son plat. Elle laisse ensuite tout et va se reposer puis se relève pour mettre au lave-vaisselle. Elle fait en sorte de ne rien renverser, ne rien salir et nettoie son plan de travail après ses tâches. Elle le fait en plusieurs phases car elle ne peut pas rester debout longtemps et ne peut pas porter du fait qu'elle marche avec une canne simple. L'assurée peut remplir et vider le lave-vaisselle sur un petit moment debout. [L'assurée] ne peut pas prendre en hauteur dans les meubles. Toutes les autres tâches sont faites par le mari, y compris les fonds et le nettoyage du four et du frigo. Lorsque son mari a été hospitalisé, sa fille a pris des vacances pour s'occuper de sa maman. Il a été pris en compte une aide exigible de son époux, retraité AVS et à la maison.

8.3 Entretien du logement 5-20% 15% 50% 7.5%

épousseter/aspirateur/entretien des sols/nettoyer les vitres/faire les lits

Avant son atteinte à la santé, [l'assurée] effectuait tout l'entretien du logement.

A ce jour, [l'assurée] change les draps avec l'aide de son mari ne pouvant pas rester debout en appui sur sa jambe longuement. Elle peut faire la poussière à sa hauteur et ranger avant le ménage. Le reste est pris en charge par son mari ou sa fille, [l'assurée] ne pouvant pas rester debout de manière prolongée. Il a été pris en compte une aide exigible de son époux, retraité AVS et à la maison.

8.4 Emplettes et courses diverses 5-10% 8% 40% 3.2%

poste/assurances/services officiels

Avant son atteinte à la santé, [l'assurée] faisait toutes ses commissions seule et gérait les affaires administratives du couple.

A ce jour, [l'assurée] se rend en commissions une fois par semaine avec sa fille et son mari. Elle-même fait la liste des commissions et peut prendre tout ce qui est à sa hauteur, si ce n'est pas lourd. L'assurée peut remonter le pain ou une petite chose, marchant avec une canne simple et tout le reste est chargé et déchargé par son mari et sa fille. Elle ne peut plus s'y rendre seule.

Pour les paiements, [l'assurée] les gère toujours seule et parfois son mari se rend à la poste, ce que l'assurée fait également. Il a été pris en compte une aide exigible de son époux, retraité AVS et à la maison.

8.5 Lessive et entretien des vêtements 5-20% 20% 50% 10%

laver/suspendre/ramasser/repasser/raccommoder/nettoyer les chaussures

Avant son atteinte à la santé, [l'assurée] gérait ce poste totalement.

A ce jour, elle peut effectuer toutes les lessives grâce à la machine, qui se trouve dans l'appartement. Son mari vient chercher les corbeilles et suspend le linge, [l'assurée] ne pouvant pas porter les corbeilles et ne pouvant pas rester debout pour étendre. L'assurée peut toutefois suspendre de petites choses. Lorsqu'elle repasse, elle le fait assise et plie tout bien avant pour limiter la quantité.

[L'assurée] fait toujours de la petite couture. Toutefois, lorsqu'il faut utiliser la machine à coudre, sa fille s'en charge car l'assurée ne peut pas transporter la machine.

Il a été pris en compte une aide exigible de son époux, retraité AVS et à la maison.

8.6 Soins aux enfants 0-30% 0% 0% 0%

surveillance et promenade des enfants/soins/contrôles des tâches scolaires/trajets école et activités accessoires

Néant.

8.7 Divers 0-50% 16% 90% 14.4%

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

[L'assurée] se rendait au jardin avant son atteinte à la santé pour désherber, cueillir, aider son mari. A ce jour, elle ne peut plus y aller et ne peut plus aider.

Avant son atteinte à la santé, l'assurée faisait ses vêtements et à ce jour, [l'assurée] ne peut plus le faire, ne pouvant pas rester debout pour mesurer, couper et ne pouvant plus porter la machine à coudre.

**Total** **100%** **45.3% »**

Un rapport intermédiaire a été établi par le Dr L. \_\_\_\_\_ à l'attention de l'OAI le 20 août 2013, où il a repris les diagnostics énoncés dans son rapport du 20 juin 2012, mentionnant dans ce nouveau document qu'ils influent tous sur la capacité de travail de l'assurée. Il a souligné l'absence de changement de la symptomatologie « avec toujours une gêne à la face postérieure de la cuisse tant à la marche qu'en position assise ». Il a rappelé que les restrictions étaient « principalement physiques », tout en précisant qu'il s'avérait « difficile de faire la part entre la composante d'incapacité de travail liée à l'obésité et à l'état général de la patiente et la composante liée à la tumeur elle-même ». Il a envisagé « un temps de travail réduit [...] avec un rendement réduit » et préconisé un traitement contre l'obésité.

Sur questions du SMR, formulées par l'intermédiaire du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est par ailleurs exprimé comme suit dans une correspondance du 22 janvier 2014 :

« [...] En théorie, la patiente pourrait effectivement faire quelques heures de travail quotidien à un poste de travail adapté ; le fait est qu'à chaque consultation, elle décrit des douleurs de sa cuisse et de sa jambe gauche, assez diffuses, qu'il est difficile de reproduire à l'examen clinique.

Radiologiquement, la lésion est stable, voire même en régression.

La capacité de travail est à évaluer non seulement en fonction de la tumeur desmoïde connue, mais également en fonction de son obésité morbide et probablement de son état psychique.

Nous vous proposons pour mieux réévaluer sa capacité de travail réelle de la convoquer dans une structure adaptée pour une évaluation multidisciplinaire.

Pour notre part, nous n'avons pas réussi à la remettre au travail. [...] »

Vu les indications du spécialiste traitant, le Dr J. \_\_\_\_\_ a suggéré, par avis du 17 février 2014, la mise en œuvre d'une expertise

somatique, dont le mandat a été confié au Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, par communication de l'OAI du 20 février 2014.

**F.** L'expert précité a procédé à l'examen clinique de l'assurée le 7 avril 2014 et communiqué son rapport en date du 15 avril 2014, où il a fait état des diagnostics suivants :

« *Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail :*

Tumeur desmoïde de la loge postérieure de la cuisse gauche en septembre 2011 (D48.1).

Lombalgies chroniques sur troubles posturaux et dégénératifs depuis 2008 environ (M54.5).

*Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :*

Syndrome métabolique avec :

- Obésité (super obèse) avec BMI à 50,9 kg/m<sup>2</sup>.
- Hypertension artérielle (dès 1999).
- Dyslipidémie.

Syndrome des apnées obstructives du sommeil traité par gilet positionnel en 2012.

Migraine avec et sans aura, chronifiée.

Faiblesse et douleurs des mains et des avant-bras

- status après cure de tunnel carpien et révision du nerf médian en 1996 et 1998
- cure de tunnel carpien gauche en 2000. »

Relatant l'anamnèse médicale de l'assurée, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé les traitements médicamenteux suivis régulièrement par l'assurée, mentionnant « un traitement antidépresseur sous la forme de Cymbalta » sans toutefois que celle-ci n'eût jamais consulté de psychiatre. Sur le plan psychologique, il a observé les éléments ci-après :

« [...] Elle estime que son moral est fluctuant (parfois en haut, parfois en bas). Elle déclare que le moral est en rapport avec ses réflexions du jour et ses ruminations nocturnes. Il n'est pas décrit de sentiments de culpabilité ou d'anhédonisme. Au contraire, elle aime faire des jeux, bricoler à la maison ou tricoter. Elle éprouve beaucoup de plaisir à communiquer avec toute la famille Elle apprécie toujours de faire de la bonne cuisine, de confectionner des gâteaux ou des recettes traditionnelles. Elle n'annonce pas de troubles de l'endormissement et se réveille plutôt en forme. Elle ne décrit pas d'anxiété généralisée, de trouble panique ou de phobies. Finalement, elle précise que lorsqu'on ne l'ennuie pas, son moral va bien. Elle ne décrit pas de labilité émotionnelle. »

L'expert a communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] [L'assurée] se plaint essentiellement de douleurs lombaires, de manière chronique, essentiellement posturales dans le contexte d'une obésité à plus de 50 kg/m<sup>2</sup>. On trouve en effet une hyperlordose et un relâchement de la sangle abdominale. L'examen radiologique identifie de surcroît une spondylose lombaire modérée et un spondylolisthésis L4-L5 discret. Il n'y a pas de contracture musculaire identifiable. Il n'y a pas de syndrome lombo-vertébral significatif et l'examen neurologique ne permet pas d'identifier une éventuelle atteinte radiculaire déficitaire du membre inférieur gauche. En revanche, elle se plaint également de douleurs irradiant du dos à la face latérale du membre inférieur gauche et notamment du mollet gauche qui pourraient être en relation avec un syndrome spondylogène dans le cadre de ses lombalgies.

Il est particulièrement difficile de savoir si la tumeur desmoïde à la face postérieure de la cuisse gauche est à l'origine d'une symptomatologie douloureuse telle que décrite par [l'assurée]. Celle-ci annonce des plaintes concernant notamment le mollet gauche depuis une dizaine d'années qu'elle attribue à sa tumeur. Elle nourrit d'ailleurs une importante colère contre ses médecins qu'elle accuse d'avoir banalisé ses plaintes. Il n'est pas exclu en effet que la tumeur desmoïde ait pu entraîner depuis plusieurs années une symptomatologie de douleurs neuropathiques dans le membre inférieur gauche. Mais, encore une fois, le status neurologique est rigoureusement normal. Il n'y a pas de signes de compression vasculaire. Il n'y a pas d'amyotrophie.

En bref, nous n'avons pas d'argument clinique pour admettre une compression significative de cette tumeur. L'importance du handicap alléguée concernant cette tumeur ne peut donc pas être attestée cliniquement, sans pouvoir être exclue. Il est à remarquer cependant que l'aggravation subjective n'est pas supportée par une augmentation de la taille de la tumeur laquelle au contraire montrerait tout du moins une stagnation voire même une diminution de taille, ce qui est possible, s'agissant d'une tumeur desmoïde.

D'autre part, la tendance à l'amplification des symptômes est connue chez cette assurée depuis de nombreuses années si l'on se réfère aux douleurs chroniques et aux lâchages d'objet dans le contexte de cures chirurgicales du tunnel carpien où les divers bilans n'ont jamais pu objectiver un substrat organique. Il existe ainsi vraisemblablement une certaine discordance entre les plaintes et l'examen clinique. Pour rappel, [l'assurée] a pu travailler sans apparemment de difficultés malgré les douleurs et lâchages allégués des deux mains et malgré des douleurs chroniques du mollet gauche puis de l'ensemble du membre inférieur gauche. Elle [n']a porté une canne que lorsqu'on lui a indiqué qu'elle présentait une tumeur desmoïde avec alors revendication d'une rente. En tout état de cause, il existe ainsi un certain flou concernant l'origine des douleurs du membre inférieur gauche, ainsi que concernant leur intensité.

Après pondération, il convient tout de même de retenir que les lombalgies chroniques reçoivent un substrat organique plausible, si bien que ces deux diagnostics (lombalgies et tumeur desmoïde) sont considérés comme ayant une répercussion sur la capacité de travail entraînant des limitations fonctionnelles décrites ci-dessous.

Les autres diagnostics ne sont pas considérés comme entraînant une incapacité de travail. Malgré son obésité (105 kg pour 155 cm en 2009), elle pouvait mener ses activités de femme de ménage jusqu'en 2011. L'hypertension artérielle est bien compensée sous

traitement, sans signe d'insuffisance cardiaque. Le syndrome des apnées du sommeil, traité par gilet positionnel, a amélioré la situation à telle enseigne qu'elle ne se plaint plus d'un sommeil non réparateur, ni d'une fatigabilité diurne. Ainsi, le syndrome des apnées obstructives du sommeil n'est pas considéré comme invalidant. Il en est de même des migraines et des suites de l'acromioplastie gauche de 2012. De ce point de vue, elle est pratiquement indolore et la mobilité est complète. »

Quant aux limitations fonctionnelles et à la capacité résiduelle de travail, l'expert a conclu ainsi :

« Les limitations fonctionnelles découlent ainsi, de manière prédominante, des lombalgies chroniques sur troubles de la posture chez une super obèse et peut-être, accessoirement, en relation avec une tumeur desmoïde de la cuisse gauche.

Dans ces conditions, on peut comprendre qu'elle ait de la peine à porter des charges, à se déplacer en terrain irrégulier, à effectuer des travaux en hauteur, à genoux ou encore en station accroupie. Elle ne peut probablement pas porter des charges dans l'axe de plus de 5 kg et à bout de bras de plus de 2 kg.

Dans ces conditions, l'activité de femme de ménage paraît difficile à réaliser. En revanche, dans une activité adaptée, il existe une capacité de travail exigible d'au moins 5 heures/jour, correspondant à son statut actuel (50% ménagère et 50% active). »

Il a par ailleurs considéré que cette estimation demeurerait valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, vu la stabilité de l'état de santé de l'assurée.

Le SMR, sous la plume du Dr J.\_\_\_\_\_, s'est rallié aux observations du Dr P.\_\_\_\_\_ le 12 mai 2014, estimant que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 27 septembre 2011, tandis que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de cinq heures par jour dès janvier 2012 dans une activité respectant les restrictions somatiques énoncées par l'expert.

**G.** L'assurée a été convoquée par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI dans le cadre d'une mesure d'orientation professionnelle octroyée par communication du 15 mai 2004. A l'issue de l'entretien corrélatif du 27 août 2014, une observation professionnelle a été organisée au sein du

Centre R.\_\_\_\_\_ à [...] du 10 novembre 2014 au 5 décembre 2014 selon communication de l'OAI du 30 septembre 2014.

Ledit centre a produit son rapport de synthèse finale en date du 22 décembre 2014, concluant ce document comme suit :

« L'exigibilité de [l'assurée] peut atteindre 50% du temps avec un rendement pouvant approcher la norme au bout d'un certain temps, ce qui donne une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Avec une réserve quant à trouver un poste de travail adapté dans le premier marché du travail. [...] »

L'observation a par ailleurs permis de préciser que l'assurée « pourrait effectuer de petits travaux à l'établi pour autant que le poste de travail soit aménagé pour qu'elle puisse poser sa jambe gauche sur un support adéquat » (cf. rapport de synthèse finale du 22 décembre 2014, p. 6).

Était en outre annexé le rapport du médecin-conseil du Centre R.\_\_\_\_\_, le Dr S.\_\_\_\_\_, daté du 10 décembre 2014, lequel a libellé ses constats comme suit après trois brefs examens de l'assurée en cours de stage d'observation :

« [...] A l'atelier, [l'assurée] exécute les tâches qu'on lui présente, mais sans enthousiasme, sans énergie, sans intérêt, sans soin, à un rythme lent. Elle n'est pas concentrée et commet beaucoup d'erreurs pour des travaux qui demandent un peu d'attention. Il n'y a aucune raison objective à ce manque de concentration, si ce n'est le désintérêt de l'assurée pour ce stage d'observation, qu'elle accomplit par contrainte. Elle se tient en position assise avec la jambe G [réd. : gauche] surélevée sur une deuxième chaise, dans une position donc peu ergonomique et qui deviendrait rapidement inconfortable pour tout un chacun. Elle atteint des rendements misérables avec une qualité généralement médiocre. Ces performances quantitatives et qualitatives sont certainement loin de ses réelles possibilités, parce que sur certains supports d'action, elle s'est montrée capable de travailler rapidement et a montré aussi qu'elle est capable de bien organiser son travail, de tenir sa place propre. Au final, [l'assurée] laisse l'impression qu'elle est venue démontrer au Copai [réd. : centre d'observation professionnelle de l'AI] qu'elle ne peut pas faire grand-chose. Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe observe que [l'assurée] tient sans autre notre horaire du matin en temps (4 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> d'heures de travail), même si elle dit qu'en rentrant à la maison, elle

est fatiguée et doit se coucher. Les rendements, qu'elle nous a donnés à voir, sont certainement loin de son maximum, mais il s'agit d'une question de motivation bien plus que de limitations fonctionnelles. Dans un travail qui tient compte des limitations fonctionnelles définies par le SMR, nous pensons que cette assurée devrait pouvoir atteindre des rendements proches de la norme avec une meilleure motivation. Des travaux à l'établi, du conditionnement léger, de la mise sous pli par exemple, seraient des travaux adaptés. Evidemment, un éventuel employeur pourrait s'étonner d'une position de travail avec la jambe surélevée. »

Par rapport final du 6 janvier 2015, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a mis un terme à son mandat, au vu de la faible motivation de l'assurée à la reprise d'une activité lucrative, proposant néanmoins de lui accorder une mesure d'aide au placement. Il a par ailleurs procédé à la détermination de son préjudice économique dans la sphère professionnelle, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 50%. Il a retenu, au titre de revenu sans invalidité réalisable en 2012, le montant de 33'206 fr. communiqué par la C.\_\_\_\_\_ en date du 30 avril 2012 et arrêté un revenu d'invalidité annuel de 21'862 fr. à 50% sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2012, soit dans un emploi simple et répétitif, sans formation professionnelle requise, tous secteurs d'activités confondus. Une réduction de 15% du salaire statistique pour compenser les limitations fonctionnelles et l'âge de l'assurée était en outre opérée. La comparaison desdits revenus aboutissait à une perte de gain de 11'344 fr., soit un préjudice économique de 34,16%.

L'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'aide au placement par communication du 12 mars 2015.

**H.** A la même date, l'OAI a établi un projet de décision, envisageant de nier le droit de l'assurée à une rente AI, motif pris d'un préjudice économique de 34,16%, insuffisant pour ouvrir le droit à cette prestation.

L'assurée, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, a contesté ce projet de décision par

correspondance du 22 avril 2015, complétée le 22 mai 2015, et annexé une prise de position de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2015 sur le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_. Elle a critiqué en premier lieu la capacité de travail résiduelle estimée par cet expert, indiquant que selon son médecin traitant les conséquences de son obésité et d'un état dépressif auraient été sous-évaluées. Sa capacité de travail serait nulle dans toutes activités de sorte qu'elle aurait droit à une rente d'invalidité entière. En second lieu, elle a relevé que la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée à son cas par l'OAI était à son sens erronée, dans la mesure où ce dernier aurait dû recourir à la méthode mixte d'évaluation, compte tenu de son statut de ménagère à 50%. Partant, elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au réexamen de sa situation et à un complément d'instruction, soit à une nouvelle expertise et un nouveau calcul de son degré d'invalidité.

Sollicité pour avis, le Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué le 11 juin 2015 ne pas observer d'élément nouveau à la lecture de la prise de position de la Dresse D.\_\_\_\_\_ du 28 avril 2015. Il a rappelé que les conséquences de l'obésité primaire n'étaient pas à la charge de l'AI, tandis que l'état dépressif n'avait pas requis de suivi psychiatrique en présence d'un traitement antidépresseur mis en place de longue date et dûment mentionné par l'expert. En l'absence de symptômes en faveur d'un épisode dépressif moyen ou sévère, le SMR maintenait sa précédente détermination.

Par décision du 17 juin 2015, l'OAI a dès lors repris les termes de son projet de décision du 12 mars 2015 et nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité fixé à 34,16%.

**I.** L'assurée, avec l'assistance de son mandataire, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de \_\_\_\_\_ recours \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2015, reprenant quasiment à l'identique les arguments précédemment développés auprès de l'OAI. Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision du 17 juin 2015 et au renvoi de la cause à l'OAI

pour nouvelle détermination de son degré d'invalidité selon la méthode mixte d'évaluation.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 14 septembre 2015, considérant sur le plan médical que l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ pouvait se voir conférer pleine valeur probante, tandis que les avis divergents des médecins traitants de l'assurée eu égard à sa capacité de travail ne suffisaient pas à mettre en doute les conclusions de l'expert. Ce dernier avait au demeurant pris en compte l'obésité de l'assurée et examiné son état de santé psychique, ses conclusions en termes de capacité de travail étant d'ailleurs rejointes par le SMR et le Dr S.\_\_\_\_\_. Eu égard à l'aspect économique, l'OAI a concédé que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité aurait dû être appliquée au cas d'espèce, ce qui justifiait la reconnaissance du droit à un quart de rente en faveur de l'assurée. En effet, au vu de l'invalidité retenue dans la sphère ménagère à hauteur de 45,3%, respectivement de 34,16% dans la sphère professionnelle, un degré d'invalidité de 39,73%, arrondi à 40%, avait lieu d'être pris en compte en l'occurrence. Le versement de la prestation corrélative devait débiter le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Par réplique du 29 octobre 2015, l'assurée a maintenu ses griefs relatifs à l'aspect médical de son dossier, estimant que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'avait pas pris en compte l'ensemble des problèmes de santé l'affectant. Elle a rappelé que le Dr L.\_\_\_\_\_ avait également insisté sur les problématiques de l'obésité et de l'état de santé psychique, ce qu'il confirmait dans un nouveau rapport médical établi le 6 octobre 2015, annexé à son écriture. A l'issue de ce document, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« [...] Je remercie les médecins-conseils de l'AI de bien vouloir reconsidérer la situation chez cette patiente que j'imagine très mal effectuer un quelconque travail physique et chez qui la position assise provoque des douleurs. Un éventuel travail statique debout pourrait théoriquement être envisagé mais ne paraît pas raisonnable au vu de son extrême obésité. [...] »

La recourante a dès lors conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'expertise multidisciplinaire avant la détermination définitive de son degré d'invalidité.

L'OAI a dupliqué le 16 novembre 2015, réitérant que les avis des médecins traitants de l'assurée constituaient des appréciations divergentes des conclusions de l'expert, ne remettant pas en cause l'exhaustivité de son rapport. Il a ainsi maintenu ses propres conclusions communiquées le 14 septembre 2015.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, 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).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 17 juillet 2015 contre la décision de l'OAI du 17 juin 2015 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

**b)** Est exclusivement litigieux in casu le droit de la recourante à des prestations de l'AI sous forme de rente, des suites de sa deuxième demande en ce sens, déposée le 5 avril 2012 et rejetée par l'intimé par sa décision du 17 juin 2015.

L'assurée a essuyé un précédent refus par décision du 22 juillet 2002, entrée en force suite au retrait de son recours auprès de l'ancien Tribunal des assurances du canton de Vaud.

A l'issue de la décision actuellement entreprise, l'OAI a retenu que la capacité de travail résiduelle de l'assurée, compte tenu de nouvelles atteintes à la santé, singulièrement d'une tumeur desmoïde diagnostiquée en 2011, était nulle dans son activité d'aide-concierge, mais de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs déterminé un degré d'invalidité de 34,16% par le biais d'une comparaison des revenus opérée sur la base notamment des salaires statistiques ressortant de l'ESS.

Dans ce contexte, la recourante conteste en premier lieu la capacité de travail que lui a reconnue l'intimé, s'estimant incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, selon les indications de ses médecins traitants. Elle fait en particulier grief au Dr P.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir suffisamment pris en compte ses autres problèmes de santé, soit une obésité morbide et un état dépressif, dans l'appréciation de la capacité de travail communiquée à l'OAI. Elle se prévaut à cet égard des rapports établis par les différents médecins traitants consultés, en particulier, ceux rédigés par le Dr L.\_\_\_\_\_, et remet en définitive en question les conclusions de l'expert et du SMR. Elle reproche en second lieu à l'intimé de lui avoir appliqué à tort la méthode ordinaire de comparaison des revenus, alors que son invalidité aurait dû être déterminée conformément à la méthode mixte, du fait de son statut de personne active à temps partiel. Elle rappelle au demeurant les conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 27 mai 2013, à l'issue de laquelle une invalidité de 45,3% a été déterminée dans l'accomplissement des activités ménagères.

L'intimé a pour sa part maintenu son appréciation du volet médical du dossier de la recourante, concédant néanmoins sur le plan économique que le degré d'invalidité de l'assurée aurait dû être fixé

conformément à la méthode mixte d'évaluation. Cas échéant, un taux d'invalidité de 40% devait être pris en compte, ce qui ouvrait le droit à la recourante à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Vu ce qui précède, il s'agira de se prononcer tant sur les aspects médical qu'économique de ce dossier, en examinant dans un premier temps si les rapports médicaux à disposition permettent de se prononcer à satisfaction sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Si tel est le cas, il conviendra de se pencher dans un second temps sur l'évaluation de son degré d'invalidité et de statuer sur son droit à la prestation revendiquée.

**c)** On relèvera que le droit à des mesures professionnelles ne fait pas partie de l'objet du litige et de la contestation, l'intimé ayant proposé à la recourante le bénéfice d'une mesure d'aide au placement par communication spécifique du 17 juin 2015, sans que cette dernière ne revendique d'autres mesures professionnelles de l'AI.

**3.** Préliminairement, on précisera que le présent litige s'inscrit dans le contexte d'une procédure de révision. Il apparaît toutefois superflu de rappeler par le détail les principes régissant de telles situations (notamment en lien avec les art. 87 ss RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 ; dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012] et en lien avec l'art. 17 LPGA applicable par analogie ; cf. sur ce sujet : ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5. ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1).

En effet, l'intimé a procédé à juste titre au réexamen des droits de l'assurée à une rente d'invalidité, du fait de la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé, responsable d'une incapacité de travail attestée dès le mois de septembre 2011. Cette problématique, à savoir une « tumeur desmoïde », est au demeurant totalement indépendante de celle annoncée dans le cadre de la première demande de prestations

formulée par l'assurée en 1999. On rappellera en outre que la révision entamée en 2012 fait suite à l'injonction adressée par l'OAI à l'assurée en vue du dépôt d'une nouvelle demande de prestations, ce dans le contexte d'une procédure de détection précoce initiée le 10 janvier 2012 par la H.\_\_\_\_\_SA.

**4.** Il s'agit dès lors de déterminer si, à l'issue de l'instruction complète de la requête de prestations déposée le 5 avril 2012, l'intimé était fondé à nier le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**a)** En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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 (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.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** 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 les références citées). 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. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Pour qu'une invalidité soit admise, il est donc nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé (TF 9C\_144/2010 du 10 décembre 2010 consid. 4.1 et référence citée).

**d)** On ajoutera, s'agissant du diagnostic d'obésité, que si celui-ci peut avoir des conséquences défavorables sur l'état de santé, il n'est pas en soi constitutif d'invalidité lorsqu'il ne cause pas des atteintes à la

santé physique ou psychique et qu'il n'est pas la conséquence de telles lésions. En revanche, selon les circonstances du cas particulier, l'obésité doit être considérée comme invalidante lorsqu'aucun traitement approprié ou aucun effort exigible ne pourrait ramener le poids à un niveau tel que celui-ci et ses conséquences éventuelles ne constitueraient plus une entrave permanente ou durable à la capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels (TF 9C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 1188 p. 328-329).

**e)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Dans un tel cas, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**f)** 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 référence citée).

**5.** S'agissant du volet médical de ce dossier, soit de l'estimation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet d'un examen médical approfondi sur le plan somatique par le Dr P. \_\_\_\_\_ en date du 7 avril 2014.

**a)** Aux termes du rapport corrélatif du 15 avril 2014, l'expert a procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète des différentes pièces médicales et avis spécialisés versés au dossier de l'assurée. Il a par ailleurs discuté l'ensemble des diagnostics retenus ou évoqués dans son cas, se prononçant sur l'impact éventuel de son obésité et relatant ses observations quant à son état de santé psychologique, avant de communiquer ses conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées par l'expert. En outre, il a énoncé exhaustivement les limitations fonctionnelles devant être prises en considération in casu au vu de l'état de santé global de l'assurée.

Partant, force est de constater que le rapport d'expertise rédigé par le Dr P.\_\_\_\_\_ s'avère complet et remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 4b pour se voir accorder pleine valeur probante.

Au demeurant, on remarquera que les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ en lien avec la capacité de travail résiduelle de la recourante ont pour l'essentiel été corroborées par l'observation professionnelle diligentée au sein du Centre R.\_\_\_\_\_, ainsi que par le médecin-conseil dudit centre, le Dr S.\_\_\_\_\_. Ce dernier a en effet conclu à une capacité de travail de 50%, à l'instar de l'expert, le rendement réduit observé dans le cas de la recourante s'expliquant dans une large mesure par son absence de motivation à la reprise effective d'une activité lucrative (cf. rapport de synthèse finale du 22 décembre 2014 et rapport du médecin-conseil précité du 10 décembre 2014).

**b)** Par ailleurs, quoi qu'en dise la recourante, on ne voit pas sérieusement que ses médecins traitants eussent douté de sa capacité à exercer une activité lucrative à temps partiel compte tenu d'éléments médicaux objectifs.

**ba)** En particulier, le Dr L.\_\_\_\_\_ a expressément admis, à l'issue de ses différents rapports à l'OAI, que sa patiente était susceptible de reprendre un horaire de travail réduit, soit « quelques heures de travail quotidien », soulignant que sa capacité de travail devait être évaluée précisément (cf. rapports du Dr L.\_\_\_\_\_ des 20 juin 2012 et 20 août 2013).

Quant à la Dresse D.\_\_\_\_\_, elle a relayé les propos de sa patiente relatifs à la reprise d'une activité, dans son rapport du 24 juin 2012, en indiquant que celle-ci « ne se sent[ait] pas en mesure de travailler ».

**bb)** Les doutes exprimés subséquentement par le Dr L.\_\_\_\_\_, à savoir dans son rapport du 6 octobre 2015, ont surtout trait à l'impact de

l'obésité morbide dont souffre la recourante, raison pour laquelle il a considéré qu'une reprise d'activité ne serait « pas raisonnable », bien que théoriquement possible. Il a cependant envisagé une prise en charge spécifique de cette problématique au dernier paragraphe de ce même rapport.

Dans la mesure où l'obésité de l'assurée n'apparaît pas la cause ou la conséquence d'une atteinte à la santé particulière et qu'elle est susceptible de s'amender par des mesures adéquates, on ne saurait retenir que cette problématique ait valeur d'invalidité, compte tenu de la jurisprudence citée sous considérant 4d ci-avant.

Il n'y a pas davantage lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ à cet égard, ce dernier ayant de toute façon tenu compte de l'état global de la recourante et s'étant largement exprimé sur l'influence de l'obésité en l'occurrence.

**bc)** S'agissant d'une possible « dépression » affectant l'assurée, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est limité, dans son rapport du 6 octobre 2015, à mentionner cette affection, en reprenant vraisemblablement les allégations de sa patiente, sans explication complémentaire, ni exposé des symptômes, de sorte qu'on ne peut lui accorder une quelconque valeur diagnostique à ce stade.

La Dresse D. \_\_\_\_\_ a quant à elle relaté un « état dépressif modéré », le qualifiant de diagnostic sans impact sur la capacité de travail (cf. rapport de cette praticienne du 24 juin 2012). Ce n'est qu'ultérieurement, en réponse à un questionnaire du mandataire de l'assurée le 28 avril 2015, qu'elle a estimé que l'aspect psychique du dossier médical de l'assurée aurait été sous-évalué. Cela étant, elle ne fait état d'aucun des critères ou symptômes susceptibles d'attester un diagnostic de trouble dépressif ou d'état dépressif, sa patiente ne bénéficiant au surplus d'aucun suivi spécialisé de ce fait.

On ne voit pas de toute façon pas que cet aspect ait été ignoré du

Dr P.\_\_\_\_\_ à l'occasion de son expertise, puisque ce dernier a consigné ses constats sur le plan psychologique et rapporté un traitement antidépresseur mis en place depuis de longues années en l'absence de toute prise en charge psychiatrique.

**c)** Compte tenu de ce qui précède, il convient de se fonder sur l'analyse du Dr P.\_\_\_\_\_, telle que ressortant de son rapport d'expertise du 15 avril 2014, pour déduire, à l'instar de l'intimé, que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, décrites à satisfaction par le Dr P.\_\_\_\_\_ et confirmées au terme du stage d'observation professionnelle.

On ajoutera qu'une diminution de rendement n'entre pas en ligne de compte dans le cas particulier, dans la mesure où ce constat a davantage trait à la motivation défaillante de l'assurée qu'à une incapacité objective (cf. rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2014 et rapport de synthèse finale du Centre R.\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2014).

Il faut par ailleurs considérer que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, telle qu'envisagée par la recourante, s'avère manifestement superflue, l'OAI ayant procédé à l'ensemble des investigations utiles en recueillant exhaustivement les informations récentes disponibles auprès des médecins en charge de l'assurée et en diligentant une expertise de médecine interne. Il n'apparaît au surplus pas qu'une expertise complémentaire soit de nature à apporter un éclairage nouveau ou différent des problèmes de santé objectivement décelés auprès de la recourante, ni de leurs conséquences. La conclusion de l'assurée à cet égard ne peut donc qu'être rejetée par le biais d'une appréciation anticipée des preuves.

**6.** Doit à ce stade être examiné l'aspect économique de la situation de la recourante, à savoir le degré d'invalidité déterminé par l'intimé.

**a)** 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. 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.

**ab)** 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 (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2).

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 concernant 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).

On précisera que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

**ac)** 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 (cf. 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).

**ad)** 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 (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). 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 la référence citée).

**b)** In casu, ainsi que l'a concédé l'OAI dans sa réponse au recours du 14 septembre 2015, il convient de considérer que l'assurée revêt un statut mixte, dans la mesure où sans atteinte à la santé, elle se serait consacrée uniquement à temps partiel à l'exercice d'une activité lucrative, la partie la plus importante de son temps étant dévolue à l'accomplissement des tâches ménagères.

On peut en effet considérer au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée aurait poursuivi les relations de travail avec la C.\_\_\_\_\_, son temps de travail en qualité d'aide-concierge ascendant en fait à 45% dans cette activité, soit 3,8 heures par jour.

Etant souligné que la recourante n'a pas démontré avoir recherché une seconde activité lucrative en vue de réaliser un revenu complétant celui alloué par la C.\_\_\_\_\_ ou avoir tenté d'augmenter son temps de travail auprès de cet employeur, il faut en déduire qu'elle s'est contentée de l'exercice d'une activité lucrative au taux de 45%. Ce constat vaut à tout le moins depuis l'année 2009, soit avant la survenance de ses problèmes de santé actuels, selon l'extrait du compte individuel AVS versé à son dossier.

Partant, il n'y a pas lieu de prendre en considération l'exercice d'une activité lucrative arrondie à 50%, en dépit des conclusions de l'enquêtrice de l'OAI à ce propos (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 31 mai 2013, p. 2).

Il convient bien plutôt de se fonder sur une répartition du temps de travail, à concurrence de 45% pour la sphère lucrative et 55% pour la sphère ménagère.

**c)** S'agissant du degré d'invalidité dans l'accomplissement des tâches habituelles, l'enquêtrice de l'OAI a relaté des empêchements dans cinq champs d'activités pour mettre à jour un taux d'invalidité de 45,3%, valable dans la sphère strictement ménagère. Elle s'est ce faisant basée sur les déclarations de l'assurée en tenant compte de l'aide exigible de son époux, lequel fait ménage commun avec la recourante. Les limitations fonctionnelles justifiant les empêchements relatés correspondent par ailleurs à celles établies par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise du 15 avril 2014.

Dès lors, le rapport d'enquête économique sur le ménage du 31 mai 2013 – que les parties n'ont au demeurant ni discuté ni contesté – peut être qualifié de conforme aux exigences jurisprudentielles citées sous considérant 6a/ab ci-avant pour ce qui est de la détermination des empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches correspondantes. Il s'agit ainsi de tenir compte d'une invalidité de 45,3% dans la sphère d'activité ménagère.

**7.** Reste désormais à vérifier la comparaison des revenus effectuée par l'OAI pour la sphère d'activité professionnelle, avant d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au cas particulier.

**a)** La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des

revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Dans le cas particulier, l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité est l'année 2012, à l'issue du délai de carence d'un an débuté en septembre 2011.

L'employeur de la recourante a indiqué dans le rapport complété à cet effet en date du 30 avril 2012, que l'assurée aurait réalisé un revenu de 33'306 fr. dans son activité d'aide-concierge exercée à 45%. Ce montant concret, qui n'est pas remis en question par la recourante, peut être retenu au titre de revenu sans invalidité déterminant pour le calcul.

**c)** Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle

met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ;

TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

Le salaire de référence ressortant de l'ESS est in casu celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2012, soit 4'112 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1, sans formation requise). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées, quand bien même on peut noter que celles mentionnées dans le rapport du spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI du 6 janvier 2015 paraissent correspondre au potentiel de l'assurée.

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'287 fr. ( $4'112 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$ ), ce qui met à jour un salaire annuel de 51'441 francs.

La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès janvier 2012, son salaire

d'invalidé s'élèverait en définitive à 23'149 fr. pour la mise à profit de cette capacité dans une activité limitée à un temps de travail de 45%.

Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 15%, tel que fixé par l'OAI, paraît approprié pour compenser l'âge de l'assurée et le fait que seule une activité légère reste à sa portée. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont manifestement pas lieu d'être pris en considération.

Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 19'676 fr. pour un temps de travail de 45%.

**d)** Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte dès janvier 2012 à 40,7% ( $(33'206 \text{ fr.} - 19'676 \text{ fr.}) \times 100 / 33'206 \text{ fr.}$ ).

**8.** En application de la méthode mixte d'invalidité conformément à l'art. 28a al. 3 LAI, le degré d'invalidité de la recourante peut en définitive être détaillé comme suit :

Sphère d'activité	Temps consacré en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Activité lucrative	45%	40.7%	18.3%
Activité ménagère	55%	45.3%	24.9%
<b>TOTAL = taux d'invalidité global</b>			<b>43.2%</b>

Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité arrondi à 43% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Cette prestation pourra être versée dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, soit à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande de prestations AI en date du 5 avril 2012, tel que prévu par l'art. 29 al. 1 LAI, tandis que le délai de carence d'un an consacré par l'art. 28 al. 1, let. b, LAI est quant à lui échu dès le 27 septembre 2012.

**9. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI.

**b)** Obtenant partiellement gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu, d'après l'importance et la complexité du litige, à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 7 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 17 juin 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit à un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 43%, est reconnu à la recourante à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2012.
  
- III. Les frais judiciaires, 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :