

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 septembre 2017

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Gutmann et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI ; art. 29 al. 2 Cst.

E n f a i t :

A. Le 21 mars 2012, l._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1960 et travaillant comme agente de propreté et d'hygiène, a déposé une demande 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) en raison d'une hernie discale et de douleurs importantes à divers endroits.

Dans le questionnaire complété par l'employeur le 11 avril 2012, ce dernier a déclaré que l'assurée travaillait 14 heures par semaine, l'horaire de travail normal au sein de l'entreprise étant de 41.5 heures hebdomadaires, pour un salaire mensuel de 1'330 fr. 45 et annuel de 17'296 fr. 05.

Dans le formulaire « Détermination du statut » complété par l'assurée le 30 avril 2012, cette dernière a indiqué que sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 100 %. Elle précisait qu'elle travaillait à 50 % depuis quinze ans en raison de ses problèmes et qu'elle ne pouvait pas travailler plus.

Dans un rapport du 21 mai 2012, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies C6 gauches sur hernie discale C5-C6 gauche. L'incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse était totale depuis le 8 novembre 2011.

Dans un rapport du 16 décembre 2012, le Dr M._____, médecin praticien, a posé les diagnostics de scapulo-brachialgies gauches avec diminution de la force et dysesthésies du membre supérieur gauche sur hernie discale médio-latérale gauche en C5-C6 et médio-latérale droite en C6-C7 avec conflits de la racine C6 gauche et C7 droite, de cervicarthrose diffuse, de hernie hiatale avec reflux biliaire duodéno-gastrique, « gastrite pétychiale. Présence de HP [...] en octobre 2012 »,

de « tests rhumatologiques négatifs », et d'allergie cutanée au Salmucalm. Selon le Dr M._____, sa patiente était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle.

Dans un rapport d'expertise du 24 juin 2013, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée de cervicobrachialgies gauches irritatives sur hernie discale C5-C6, présentes depuis octobre 2011, et de cervicalgies droites irradiant jusqu'à l'épaule droite sur une large protrusion C6-C7, également présentes depuis octobre 2011. Le diagnostic sans effet sur la capacité de travail était une fibromyalgie. Pour le Dr L._____, la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans son activité habituelle était de 50 % dès le 1^{er} juin 2012. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était entière dès le 1^{er} juin 2012. Dites limitations étaient décrites comme suit : « pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétés du rachis cervical, et pas de mouvements répétés du membre supérieur gauche (élévation au-dessus de l'horizontale »).

Dans un rapport du 8 juillet 2013, le Dr B._____, médecin auprès du Service-médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions de cette expertise.

Dans un projet de décision du 6 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande, au motif que son degré d'invalidité, de 5.55 %, ne lui ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité. Pour l'OAI, des mesures professionnelles n'avaient pas non plus lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à sa portée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

Le 14 octobre 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision.

Dans un rapport du 11 décembre 2014, le Dr M. _____ a écrit ceci :

« Je suis Madame I. _____ depuis 2009 pour des pathologies courantes (état grippaux, petits accidents). C'est depuis le 08.11.2011 que j'ai suivi cette patiente pour persistance et exacerbation des douleurs cervicales et brachiales gauches, ne passent pas aux traitements anti-inflammatoires et antalgiques ni à la physiothérapie, et la gênant lourdement dans son activité professionnelle comme privée.

Une IRM cervicale du 8 décembre 2011 avait mis en évidence des protrusions discales étagée[s] et une hernie discale latérale gauche en C5-C6 pouvant créer un conflit radiculaire gauche.

Bien qu'une ENMG effectuée le 20.12.2011 n'ait pas montré de signe de dénervation dans le biceps gauche, on peut penser que la majorité des douleurs est bien en rapport avec la hernie cervicale C5-C6 gauche (cf rapport Dr Q. _____ du 20.12.2011).

Suite à ces douleurs chroniques, invalidantes tant sur le plan professionnel [...] que privé, est venu se surajouter un état dépressif, qui est traité par Cymbalta et par soutien psychologique auprès de Mme [...].

L'état algique de Mme I. _____ s'est péjor[é] depuis novembre 2011.

L'AI est en possession de tous documents liés à cette pathologie présente pour Mme I. _____ . »

Dans un avis médical du 28 janvier 2015, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux, précisant que quelques symptômes dépressifs réactionnels faisaient partie intégrante de la fibromyalgie et qu'ils ne constituaient pas une comorbidité significative, en elle-même incapacitante.

Par décision du 5 février 2015, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet de décision du 6 octobre 2014.

Par acte du 13 mars 2015, l'assurée, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté recours auprès de la Cour de céans à l'encontre de cette décision, concluant principalement à la réforme de celle-ci en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2012 au plus tard, subsidiairement à l'annulation de la décision

et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, l'assurée requérait la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. En substance, l'assurée faisait grief à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit sa situation médicale et mettait en exergue les avis de ses médecins traitants quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, lesquels divergeaient de l'appréciation du SMR. A l'appui de son écriture, l'assurée produisait notamment un rapport du 11 novembre 2014, aux termes duquel le Dr Q._____ indiquait que sa patiente présentait depuis 2001 une cervicobrachialgie gauche persistante qui avait été mise en relation avec une hernie discale C5-C6 gauche. Selon ce médecin, les médicaments antalgiques, la physiothérapie et les infiltration cervicales n'avaient pas permis d'améliorer les douleurs et une indication chirurgicale n'avait pas été retenue par les neurochirurgiens du C._____ (ci-après : le C._____). Le Dr Q._____ précisait que l'incapacité de travail semblait être de 100 % comme nettoyeuse lors de son rapport du 21 mai 2012, mais relevait qu'il n'avait pas revu la patiente depuis cette date. Dans un courrier du 13 novembre 2014 également produit dans le cadre du recours, le Dr Q._____ a suggéré de mettre en œuvre une expertise afin de « mieux préciser cette incapacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de la patiente ».

Les 15 juin et 6 juillet 2015, l'assurée a réitéré ses conclusions et sa requête d'instruction complémentaire.

Le 18 août 2015, l'intimé a transmis à la Cour de céans un avis du SMR du 11 août 2015, co-signé par les Drs X._____ et S._____, concédant qu'une instruction complémentaire sous forme d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique s'imposait.

Par arrêt du 24 septembre 2015 en la cause AI 61/15 - 250/2015, la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision du 5 février 2015 et renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction dans le sens des considérants. Le Tribunal a en effet considéré qu'en l'état, le dossier ne permettait pas de

statuer en pleine connaissance de cause sur les droits de l'assurée, s'agissant en particulier des conséquences éventuelles du diagnostic de fibromyalgie, pour autant qu'il puisse être définitivement retenu en l'espèce.

B. A la suite de l'arrêt précité, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire, qui s'est déroulée du 5 au 6 juillet 2016 à la G._____ (ci-après : la G._____). Dans leur rapport du 19 juillet 2016, les Drs K._____, spécialiste en rhumatologie, O._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée de névralgies cervico-brachiales C6 gauche et C7 droite par hernie discale postéro-latérale C5-C6 gauche et postéro-latérale C6-C7 droite, ainsi que de discopathie L5-S1 avec lésion dégénérative lombaire étagée discrète. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un syndrome somatoforme douloureux persistant. Dans la partie « Appréciation » du rapport, les médecins ont notamment déclaré ce qui suit :

« I._____ est une assurée d'origine [...] qui a suivi une scolarité primaire jusqu'à l'âge de seize ans puis a aidé ses parents agriculteurs jusqu'à son mariage à l'âge de 22 ans. Elle a rejoint son mari saisonnier en Suisse en 1987. Elle travaille deux ans comme préparatrice de légumes et de fruits puis trois ans dans une fabrique de livres. Par la suite, elle élève ses trois enfants en travaillant à temps partiel (33 %) pendant vingt ans comme femme de ménage pour [...].

Depuis 2001 environ, elle souffre de cervicalgies pour lesquelles elle subit en 2003 des infiltrations avec une amélioration d'environ deux ans. Progressivement, les douleurs augmentent, prédominant au niveau cervico-brachial gauche mais s'étendant progressivement vers les régions lombo-fessières et sur les membres. En 2011, elle est examinée par un neurologue, le Dr Q._____, qui constate une légère hyporéflexie bicipitale et stylo-radiale gauche alors qu'il y a une hypoesthésie algo-tactile diffuse de l'avant-bras et de la main gauche. Une IRM cervicale montre une hernie discale médio-latérale gauche C5-C6 pouvant créer un conflit radiculaire C6 gauche et une hernie médio-latérale droite C6-C7 pouvant également entraîner un syndrome radiculaire C7 droit. L'électromyogramme ne montre cependant pas de signe de dénervation dans le territoire du nerf C6 ni d'argument pour un syndrome du tunnel carpien gauche.

L'assurée est examinée dans le service de neuro-chirurgie du C._____ où une indication opératoire n'est pas retenue. En 2012,

elle est adressée au centre d'antalgie du C. _____ où on lui propose de nouvelles infiltrations auxquelles l'assurée renonce après avoir pris connaissance des complications possibles.

Dans ce contexte de douleurs chroniques, l'assurée a présenté plusieurs épisodes d'incapacité de travail jusqu'à son arrêt définitif le 08.11.2011. Dans ce contexte, elle subit une expertise rhumatologique par le Dr L. _____ à [...]. Dans son rapport du 24.06.2013, l'expert retient des cervico-brachialgies gauches irritatives sur une hernie discale C5-C6 et des cervicalgies droite sur une large protrusion C6-C7. Il relève un comportement douloureux démonstratif avec une palpation diffusément douloureuse et des discordances entre les mouvements spontanés et les mouvements effectués à la demande. Il estime que les anomalies somatiques entraînent des limitations fonctionnelles diminuant la capacité de travail dans l'activité de femme de ménage de 50 % alors que la capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée à partir du 01.06.2012.

Suite à cette expertise, l'office AI annonce un refus de rente invalidité contre lequel l'assurée fait opposition, soutenue par son généraliste qui annonce une comorbidité psychiatrique sous forme d'un état dépressif. L'office AI maintient son refus de rente et l'assurée fait opposition au Tribunal Cantonal vaudois qui accepte le recours et renvoie le dossier pour complément d'enquête sous forme d'une expertise pluridisciplinaire qui nous est attribuée.

De l'étude du dossier, il ressort la notion d'anomalies somatiques avérées sous la forme d'hernies discales cervicales susceptibles d'entraîner des conflits radiculaires, essentiellement C6 gauche et C7 droit, pouvant expliquer, au moins en partie, les symptômes ressentis par l'assurée. Le syndrome douloureux déborde cependant le cadre de ces anomalies et un diagnostic de fibromyalgie est également retenu.

Les plaintes de l'assurée dépassent effectivement largement le cadre d'un syndrome radiculaire cervico-brachial habituel. En effet, elle annonce des douleurs "partout" prédominant dans la région cervicale mais également présentes au niveau des deux épaules, des bras, des avant-bras, dans la région dorsale et lombo-fessière et dans les membres inférieurs de façon prédominante à gauche. Les douleurs sont de forte intensité, exacerbées par tous les mouvements, la confinant dans une vie des plus sédentaires. Elles sont partiellement améliorées par la prise de médicaments anti-inflammatoires et antalgiques. Elle a également des douleurs au niveau des mains prédominant sur les deuxième et troisième rayons au niveau des métacarpo-phalangiennes avec diminution de la force de préhension et des lâchages. Elle a des douleurs des genoux prédominant à la face postérieure dans les escaliers, sans gonflement, blocage ni lâchage. Elle décrit des fourmillements intermittents diffus des deux mains et parfois au niveau des genoux. Il s'y associe des troubles digestifs intermittents avec douleurs épigastriques et vomissements qu'elle met en relation avec la prise de médicaments. Elle a enfin des symptômes dépressifs avec une tristesse, parfois des idées suicidaires, un énervement, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, une fatigue, une perte d'énergie et un retrait social.

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme âgée de 56 ans, en excellent état général, qui se montre tout à fait collaborante durant l'entretien. Elle adopte cependant un comportement douloureux lors de l'examen physique et participe médiocrement en alléguant des douleurs dans tous les mouvements, principalement au niveau de la nuque, des épaules et des hanches. La palpation est diffusément douloureuse au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire et des quatre membres. Objectivement, on constate des réflexes tendineux vifs et symétriques, hormis l'achilléen droit qui est un peu diminué. Il y a une hypoesthésie algique au niveau des trois premiers doigts de la main gauche. Les tests de force sont effectués avec une assez bonne résistance aux membres supérieurs mais avec des signes d'autolimitation pour la force de préhension des deux mains. Tous les mouvements passifs des membres inférieurs s'opposent à une vive résistance au prétexte de douleurs.

Du point de vue rhumatologique, le Dr K._____ constate également une collaboration médiocre à l'examen avec des limitations contrastant avec des mobilités rachidiennes et des membres conservées. Il ne constate pas de signes en faveur d'un problème neurologique au niveau des 4 membres.

L'analyse des documents radiologiques confirme l'existence de discopathies lombaires prédominant au niveau L5-S1 et de discopathies cervicales avec une hernie discale postéro-latérale C5-C6 gauche et une hernie postéro-latérale C6-C7 moins marquée. Les radiographies des mains et des épaules sont sans particularité en dehors d'un remaniement sous-acromial du côté gauche.

Au total, sur le plan somatique, il y a indéniablement des troubles dégénératifs rachidiens, prédominant au niveau de la colonne cervicale où ils sont susceptibles d'entraîner des irritations radiculaires C6 gauche et C7 droit. Ces anomalies somatiques ont pu jouer un rôle d'épine irritative et s'accompagner de symptômes qui sont cependant aujourd'hui noyés dans un syndrome douloureux généralisé sans cause somatique précise. Nous ne retenons pas le diagnostic de fibromyalgie évoqué par le Dr L._____ dans la mesure où le tableau clinique dépasse les critères-diagnostiques ACR 2010 pour la fibromyalgie et suggère l'intervention de facteurs extra-somatiques.

Nous avons procédé à une évaluation des caractéristiques psychologiques de cette assurée. Au terme de son expertise psychiatrique le Dr V._____ retient un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Celui-ci ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique importante. Il n'y a notamment pas de critère pour un syndrome dépressif d'intensité sévère, pas de manifestation psychotique floride ni de cristallisation de l'état psychique. Bien que ce syndrome douloureux ait une certaine gravité du fait de la chronicité et de la résistance aux traitements, force est de constater que l'assurée présente encore des ressources significatives dont l'exploitation semble exigible.

En conclusion, les experts s'accordent à estimer que cette assurée présente des anomalies rachidiennes dont l'évolution

paraît stable au cours des dernières années. Ces anomalies entraînent des limitations fonctionnelles pour les efforts contraignant la région cervicale : limitation du port de charges de plus de 5 kilos de façon répétée, de plus de 10 kilos occasionnellement, limitation des mouvements répétés du rachis cervical et d'élévation des membres supérieurs. Ils rejoignent l'appréciation qu'a faite le Dr L. _____ en 2013 et retiennent une incapacité de travail de 50% dans l'activité de femme de ménage depuis le 1^{er} juin 2012. Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique susceptible d'améliorer la capacité de travail.

En l'absence de comorbidité psychiatrique incapacitante, la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est complète d'un point de vue médico-théorique.

Théoriquement des mesures professionnelles sont envisageables. Pratiquement elles sont vouées à l'échec dans la mesure où l'assurée est persuadée qu'elle est totalement incapable de travailler. Les perspectives d'une reprise des activités professionnelles sont encore assombries par des facteurs essentiellement non médicaux à proprement parler, notamment la longue durée d'incapacité de travail, les problèmes d'acculturation et l'âge de l'assurée. »

Les médecins joignaient également à ce document le rapport d'expertise psychiatrique du 6 juillet 2016, réalisé par le Dr V. _____, dont la partie « Discussion et suggestion à l'expert principal » était formulée comme suit :

« Mme I. _____ est une assurée suisse de 56 ans.

Elle est originaire d[...] et présente sur notre sol depuis l'âge de 27 ans.

La séance expertale de ce jour est réalisée en présence d'une traductrice.

Elle a essentiellement exercé comme agent de nettoyage auprès de [...] pendant une vingtaine d'années.

Dès le début des années 2000 des cervicalgies viennent préteriter son état de santé.

Le vécu algique s'est alors étendu au segment dorsolombaire puis aux membres inférieurs.

Une hernie discale C6-C7 a été objectivée sans indication opératoire cependant.

Une première expertise rhumatologique effectuée en 2013 par le Dr L. _____ de [...] avait conduit à un refus de prestations de l'assurance invalidité.

Un recours a été formé par l'assurée. Une comorbidité psychiatrique a été évoquée.

Cette assurée qui n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie bénéficie depuis 4 séances d'un suivi auprès du Dr [...] à [...].

Il n'existe pas de barrière linguistique. Les consultations ont lieu à une fréquence mensuelle. L'assurée est au bénéfice d'un traitement par Relaxane.

Il s'agit d'une préparation phytothérapeutique à base de valériane, passiflore, mélisse et racine de pétasite. L'indication en est la nervosité, les états de tension et d'inquiétude.

La discordance entre l'importance du vécu algique et la relative bénignité du substratum somatique nous amène à retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 de la classification internationale des maladies CIM 10.

En effet la plainte essentielle de cette assurée concerne une douleur intense, persistante qui s'accompagne de sentiment de détresse et d'insuffisance.

Le substratum somatique en lui-même n'est que faiblement explicatif de l'importance du vécu algique.

Le trouble somatoforme douloureux persistant (qui demeure un diagnostic d'exclusion) n'est ici pas accompagné de comorbidité psychiatrique grave telle qu'un syndrome dépressif d'intensité sévère.

L'usage de l'échelle objective de dépression de Hamilton retrouve une notation de 10 qui correspond à une intensité dépressive légère.

L'état psychiatrique de cette assurée est loin d'être cristallisé au point de ne plus pouvoir rien faire.

Les relations sociales ne sont certes pas nombreuses mais sont toujours honorées.

Cette assurée apparaît déconditionnée, cependant certaines ressources perdurent telles que l'adaptation aux règles et routines l'assurée est désormais capable de prendre rendez-vous chez un psychiatre, d'honorer les rendez-vous et de s'y tenir.

La capacité à prendre une décision ou à émettre un jugement n'est pas entachée. Cette assurée verbalise clairement ne plus souhaiter travailler en raison de douleurs dont il lui a été expliqué que le substratum somatique était minime.

La capacité à maintenir les contacts sociaux demeure efficiente telle qu'en témoignent les visites de ses amis ou de sa famille le weekend.

La relation aux proches est maintenue, cette assurée est capable de créer et d'entretenir des relations étroites dans le cadre familial.

Les activités spontanées telles que la lecture, ou la pratique de mots croisés, le fait de sortir, d'accompagner son mari faire les courses et de préparer les repas demeure.

L'hygiène et les soins corporels ne sont pas altérés, la capacité à se déplacer notamment en transports publics n'est pas altérée.

Il existe une certaine incohérence dans ce dossier dans la mesure où après le refus de prestations de l'assurance invalidité pour motifs rhumatologiques, des particularités psychiatriques ont été annoncées.

Nous demeurons cependant très éloignés des grands syndromes psychiatriques incapacitants.

Cette assurée a correctement fonctionné jusqu'en 2011.

Il n'existe pas de manifestation psychotique floride, d'effondrement dépressif majeur ou de cristallisation de l'état psychique.

Nombre de ressources demeurent présentes.

Nous ne sommes pas en présence ici d'une psychopathologie incapacitante grave.

Il n'y a pas eu recours à une hospitalisation en milieu psychiatrique et le traitement usuel repose sur une phytothérapie à visée anxiolytique.

Je n'ai pas d'autre proposition thérapeutique que celle de continuer une psychothérapie de soutien en vue d'explicitier la benignité du substratum somatique afin de briser un dangereux cercle vicieux dans lequel cette assurée est en train de glisser. »

Figurait aussi en annexe au rapport du 19 juillet 2016 le rapport d'expertise rhumatologique du 7 juillet 2016 du Dr K. _____, dont la partie « Appréciation » se présentait comme suit :

« Madame I. _____, assurée d'origine [...] vivant en Suisse depuis près de trente ans, a travaillé à temps partiel (33 %) pendant vingt ans comme femme de ménage à [...].

En 2001 apparaissent des cervico-brachialgies pour lesquelles elle bénéficie d'une IRM cervicale en janvier 2003, cet examen mettant en évidence une hernie discale postéro-latérale C5-C6 gauche et à moindre degré postéro-latérale C6-C7 droite alors que en janvier 2001, une IRM précédemment retrouvée n'avait mis en évidence qu'une petite hernie médiane non compressive localisée uniquement en C5-C6. Grâce à un traitement infiltratif local au

niveau rachidien, la symptomatologie s'améliore, permettant la poursuite de l'activité professionnelle de manière inchangée.

Progressivement, la symptomatologie réapparaît prédominant au niveau cervico-scapulaire gauche. Elle a été examinée par un neurologue en 2011 lequel constate alors une hyporéflexie bicipitale et stylo-radiale gauche et des troubles sensitifs de l'avant-bras et de la main gauche compatibles avec une radiculalgie C6 gauche. Une IRM cervicale de contrôle réalisée le 08.12.11 retrouve les lésions discales C5-C6 gauche et C6-C7 droite d'allure stable par rapport à 2003.

Un électroneuromyogramme ne met pas en évidence de signe d'atteinte radiculaire aiguë.

Devant ce tableau, Mme I. _____ consulte un service de neurochirurgie. Il n'est pas retenu d'indication opératoire mais il est proposé la réalisation de nouvelles infiltrations que la patiente refuse en apprenant les possibles complications de cette thérapeutique.

Le tableau clinique s'enrichit progressivement, faisant apparaître des irradiations dans l'autre membre supérieur mais également de manière plus distale dans les mains sans systématisation radiculaire franche. Apparaissent également des rachialgies lombaires et des irradiations tout aussi atypiques dans les deux membres inférieurs. En prenant connaissance du bilan radiographique après l'examen de la patiente, on remarque que des clichés rachidiens lombaires ont été effectués dès 2001 alors que l'intéressée n'a jamais parlé d'antécédents de lombalgies.

Aujourd'hui, l'examen clinique est excessivement difficile du fait d'une hypertonie oppositionnelle. Il n'existe cependant pas de raideur rachidienne franche ni au niveau cervical ni lombaire, aucune contracture paravertébrale cervicale, aucun signe franc en faveur d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs bien que les radiographies récentes aient mis en évidence un bec sous-acromial du seul côté gauche. Il n'y a plus d'argument en faveur d'une arthropathie des mains. Enfin, l'examen neurologique des quatre membres est aujourd'hui strictement normal sur le plan objectif et en particulier les réflexes bicipitaux et stylo-radiaux sont normaux et symétriques.

Contrairement à ce qu'évoque le Dr L. _____ dans son rapport d'expertise du 24.06.13 l'assurée ne répond pas aux critères diagnostics ACR 2010 de fibromyalgie. En effet si le Widespread Pain Index peut être estimé à 7, l'échelle de Symptoms Severity (tenant compte de la fatigue, d'un réveil non reposé des symptômes cognitifs et des symptômes somatiques) est de 3 soit en deçà du seuil de définition. Le seul fait de déclarer ressentir des douleurs à la pression de certaines zones ne suffit en rien pour retenir le diagnostic de fibromyalgie.

Sur le plan rhumatologique pur, il ne faut donc retenir que les lésions discales cervicales C5-C6 et C6-C7 occasionnant une incapacité de travail au poste occupé par la patiente à savoir celui de femme de ménage. Les travaux en hyperextension ainsi qu'en

hyperflexion du rachis cervical et de manière associée en hyperélévation des membres supérieurs sont contre-indiqués dès lors que la position doit être soutenue pendant plus de deux minutes. De même, le port de charge excédant 15 kg ou le port de charge répété de plus de 10 kg sont contre-indiqués.

Il ressort donc des éléments détaillés ci-dessus que sur le plan rhumatologique la capacité de travail [réd. : est] de 50 % dans l'activité de nettoyage depuis le 01.01.12 alors que la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée depuis cette date. Il faut d'ailleurs rappeler que, pour la patiente, qui a été interrogée à plusieurs reprises sur ce point, il ne semble pas que les plaintes liées à l'appareil locomoteur soient véritablement celles qui l'empêcheraient de travailler. »

Dans un avis médical du 4 août 2016, le SMR, sous la plume du Dr X._____, a considéré que les conclusions des experts étaient cohérentes avec les éléments anamnestiques et cliniques, et rejoignaient les conclusions du Dr L._____ de juin 2013.

Par projet de décision du 6 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande. Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI a estimé que la perte de gain de l'assurée se montait à 4'980 fr. 94, correspondant en l'espèce à un degré d'invalidité de 9.71 %, ce taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Il ajoutait que le préjudice économique ne permettait pas non plus à l'assurée de bénéficier de mesures professionnelles et que celles-ci n'auraient de toute manière pas réduit ce préjudice économique.

Le 12 septembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Me Hofstetter, a contesté le projet de décision du 6 septembre 2016, au motif que celui-ci se référait à une expertise qui n'était pas jointe au projet. Elle précisait qu'elle n'était pas en mesure de travailler et qu'elle devait pouvoir prétendre à une rente entière d'invalidité.

Le 14 septembre 2016, l'OAI a fait parvenir à Me Hofstetter une copie du dossier de la cause, lui impartissant un délai au 28 octobre 2016 pour lui faire parvenir ses conclusions et l'avertissant que passé ce délai et sans nouvelles de sa part, une décision conforme au projet du 6 septembre 2016 serait rendue.

Par décision du 22 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, pour les motifs évoqués dans son projet du 6 septembre 2016.

C. Par acte du 22 décembre 2016, I._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 22 novembre 2016, concluant à ce que celle-ci soit réformée en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} septembre 2012 au plus tard. A l'appui de son écriture, la recourante invoque que l'intimé ne décrit pas ses limitations fonctionnelles, de telle sorte qu'elle ne peut déterminer en quoi les tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé seraient adaptées à son état de santé. Selon la recourante, cette lacune justifie pour ce seul motif une annulation, respectivement un renvoi de la cause à l'intimé. L'intéressée reproche en outre à l'OAI d'avoir insuffisamment explicité le revenu d'invalidité et que ceci rend la décision attaquée incompréhensible, justifiant un renvoi à l'intimé pour clarification, respectivement rectification. De surcroît, la recourante considère que les Drs M._____ et Q._____ ont tous deux attesté qu'elle ne pouvait pas travailler dans son activité habituelle de nettoyeuse, si bien que l'exigibilité retenue par l'OAI serait incorrecte. S'agissant de l'expertise bidisciplinaire réalisée par la G._____, la recourante soutient que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins sont incompatibles avec des tâches physiques et manuelles simples dans le secteur privé, secteur pourtant pris en considération par l'intimé. Selon l'intéressée, la décision s'avère, pour ce motif aussi, plus que défailante. Sur le plan psychiatrique, la recourante constate que les experts ne se prononcent pas sur l'existence d'éventuelles limitations fonctionnelles et requiert que l'expertise soit complétée sur ce point. Par ailleurs, I._____ relève que ni la décision litigieuse ni les experts n'abordent la question de la diminution de rendement, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans l'activité adaptée, rendant ainsi l'instruction lacunaire. Pour ce qui est du taux d'abattement retenu par l'OAI, la recourante soutient que celui-ci devrait être de 25 % et non pas de 10 %. Enfin, la recourante regrette que l'OAI n'ait pas pris la peine de lui

adresser copie de l'expertise médicale en temps utile. A titre de mesures d'instruction, l'intéressée requiert que l'intimé détermine quelles professions pourraient être exigibles de sa part, si les professions proposées par l'OAI sont compatibles avec son état de santé, et que les experts prennent position sur la diminution de son rendement.

Dans sa réponse du 14 février 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. S'agissant des griefs soulevés par Me Hofstetter, l'intimé rappelle notamment que ce dernier a eu connaissance du document du 16 août 2016 relatif au salaire exigible, ainsi que des limitations fonctionnelles énumérées en page 11 de l'expertise, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu d'annuler la décision et de lui renvoyer le dossier pour clarification, respectivement rectification. L'intimé relève en outre que le dossier a été examiné par une spécialiste en questions professionnelles, laquelle a dûment analysé les activités professionnelles concrètes entrant en considération compte tenu des limitations fonctionnelles de la recourante. S'agissant du taux d'abattement, l'OAI maintient sa position, précisant que même en retenant l'abattement maximum de 25 %, le degré d'invalidité serait largement insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

Dans sa réplique du 13 mars 2017, la recourante a confirmé ses conclusions, réitérant en substance les arguments évoqués dans ses précédentes écritures.

Dans sa duplique du 2 mai 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions. Il précise avoir interpellé sa spécialiste en questions professionnelles, laquelle a confirmé, dans un rapport du 13 avril 2017, les éléments retenus dans la décision litigieuse. Ce document se présente comme suit :

« [...]

Concernant le RI chiffré insuffisamment explicité :

Le revenu annuel brut de CHF 46'291.01 se base sur l'ESS après application des facteurs de réduction.

En effet, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), l'évaluation du revenu d'invalidé à l'aide de données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique l'ESS est applicable dans les cas où l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle lucrative depuis la survenance de ses problèmes de santé.

On utilisera principalement les salaires statistiques pour fixer le RI quand l'activité raisonnablement exigible de l'assuré est une activité ne nécessitant pas de qualification particulière.

Nous nous référons au TA 1 « salaire mensuel brut (valeur centrale) selon la branche économique, le niveau de qualifications requises pour le poste de travail et le sexe — secteur privé »

Concernant les limitations fonctionnelles et leur compatibilité avec les tâches physiques et manuelles simples dans le secteur privé prises en considération :

Nous avons explicité les activités professionnelles concrètes entrant en considération compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Il existe suffisamment d'activités de ce type sur le marché équilibré du travail et elles ne nécessitent pas de la part de l'employeur des concessions irréalistes.

Les activités proposées dans le tableau du 16.08.2016 sont des activités qui respectent entièrement les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kg de façon répétée, de plus de 10 kg occasionnellement, limitation des mouvements répétés du rachis cervical et d'élévation des membres supérieurs.

Toutes les activités citées d'opératrice de production, les activités d'usinage sur machines préréglées et les activités qui ont lieu à l'établi ne nécessitent pas de déplacement particulier, respectent entièrement le port de charge mentionné et ne nécessitent pas de mouvements répétés [du] rachis cervical ni d'élévation des membres supérieurs.

Un poste type dans l'industrie légère se compose d'un établi, d'un siège assis debout et/ou siège d'atelier. Les éléments sont disposés proche du travailleur et ne nécessitent pas de devoir porter des charges.

D'autres activités peuvent par ailleurs être considérées comme étant parfaitement adaptées, à savoir : employée au montage pour de petits composants électroniques, approvisionnement et surveillance de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques.

En ce qui concerne l'abattement :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), le montant obtenu sur la base de l'ESS doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines

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

Dans le cas de Mme I._____, nous avons tenu compte des limitations fonctionnelles en accordant une déduction de 10% sur le revenu d'invalidé. Hormis les LF, nous maintenons qu'il n'y a pas d'autre facteur à retenir et qu'il existe suffisamment d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assurée conformément à l'art. 3067.3 de la CIIAI 2015.

En ce qui concerne l'âge, les postes auxiliaires sont en général demandés indépendamment de ce critère. Une réduction est possible si l'assuré ne provient pas d'un métier à forte composante physique tels que le bâtiment ou le génie civil. Nous n'avons donc pas retenu ce facteur, Mme I._____ étant âgée de 52 ans en 2012 (année de calcul du préjudice).

En ce qui concerne la méconnaissance de la langue française, celle-ci n'est pas du ressort de notre Assurance et elle était déjà présente avant la survenance de l'atteinte à la santé. Elle n'a pas empêché Mme I._____ de travailler pendant plusieurs années en Suisse, et ce auprès de divers employeurs.

Dès lors, une réduction de 10% est tout à fait justifiée et nous maintenons donc que le chiffre retenu correspond au revenu que notre assurée réaliserait avec une vraisemblance prépondérante. »

Dans ses déterminations du 23 mai 2017, la recourante a confirmé ses conclusions, réitérant en substance les arguments développés dans ses précédentes écritures. Elle précise que le fait que son dossier ait été prétendument examiné par une spécialiste en questions professionnelles importe peu, la décision attaquée se devant d'être motivée à ce propos. Elle considère en outre que la réponse de l'intimée ne dissipe pas l'incohérence entre les limitations évoquées par les experts et les activités prétendument exigibles. S'agissant du taux d'abattement, la recourante précise qu'elle ne prétend pas que son âge l'empêche définitivement de reprendre toute activité, mais que dans la mesure où il est à la limite du seuil de l'âge avancé retenu par la jurisprudence en matière d'exigibilité d'un changement d'activité, l'OAI devait en tenir compte lors de la fixation du taux d'abattement.

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 (art. 1 al. 1 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.

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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique 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 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173]).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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 (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le présent litige porte sur le refus de l'OAI d'accorder une rente d'invalidité à la recourante ainsi que des mesures professionnelles.

3. a) Aux termes 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.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). 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).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, 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.

c) Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui, comme c'est le cas de la recourante, pourraient exercer une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA et 28a al. 1 LAI).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

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

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle

manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101]; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. En l'espèce, doivent en premier lieu être examinés les griefs de la recourante relatifs à la violation de son droit d'être entendu, l'intéressée reprochant à l'OAI un manque de motivation de la décision querellée. A cet égard, il convient tout d'abord de rappeler ce qui suit.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références ; TF 9C_699/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2). La jurisprudence a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres ; ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.6 et 3.4.2.9 ; TF 9C_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références citées). Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de

s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 et les références ; TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2 et réf. cit.).

b) S'agissant plus particulièrement de l'obligation de l'OAI de motiver ses décisions, on rappellera qu'aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3 LPGA). Les obligations concrétisées à l'art. 49 LPGA ont été déduites de la jurisprudence fédérale rendue en lien avec le droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst (cf. consid. 6a ci-dessus).

Selon cette jurisprudence, le droit d'être entendu comporte notamment l'obligation pour le juge, respectivement l'administration, de motiver sa décision, afin que ses destinataires et toutes les personnes intéressées puissent la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et qu'une autorité de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa ; 125 II 369 consid. 2c).

En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C_1001/2008 du 31 juillet 2009 consid. 2.2). Le juge, respectivement l'administration, n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties, mais peut se limiter à ceux qui lui apparaissent pertinents (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; 136 V 351 consid. 4.2 et réf. cit. ; TF 5A_13/2011 du 8 février 2011 consid. 3.1). Dès lors que l'on peut discerner

les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in : RDAF 2009 II p. 434).

En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 I 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). Il n'y a en définitive violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; 130 II 530 consid. 4.3).

c) En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir décrit ses limitations fonctionnelles, si bien qu'elle ne pourrait déterminer en quoi les tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé seraient adaptées à son état de santé. En l'occurrence, la décision querellée mentionne qu'une capacité de travail de 100 % peut raisonnablement être exigée de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé et à ses limitations fonctionnelles, sans cependant détailler en quoi consistent ces dernières. Toutefois, ces limitations figurent expressément au dossier de l'OAI, notamment à la page 11 du rapport d'expertise de la G._____, dont la recourante a eu pleinement connaissance, puisque le dossier a été envoyé à son conseil le 14 septembre 2016 dans le cadre de la procédure d'observation faisant suite au projet de décision du 6 septembre 2016. Autrement dit, elle connaissait tout à fait la nature de ces limitations, étant précisé qu'elle les cite d'ailleurs de manière exhaustive en page 8 de son recours. Ainsi, I._____ était parfaitement en mesure de comprendre la décision litigieuse s'agissant des limitations fonctionnelles, de se déterminer sur ce point et de l'attaquer utilement en connaissance de cause, ce qu'elle a au demeurant fait, si bien qu'on ne voit guère en quoi son droit d'être entendu aurait été violé.

Il en va de même s'agissant du grief selon lequel le revenu d'invalidé ne serait pas suffisamment explicité, de sorte que la décision attaquée serait incompréhensible. Certes, cette dernière ne fait pas expressément référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), sur laquelle se fonde l'OAI pour déterminer le revenu avec invalidité. Cependant, au cours de la procédure d'observation, le conseil de la recourante a notamment eu accès aux documents intitulés « REA - rapport final » et « REA - calcul du salaire exigible » du 16 août 2016, ce qui lui a permis de connaître les différents paramètres à l'origine de la fixation du revenu avec invalidité, le rapport final faisant expressément référence à l'ESS. Par ailleurs, la décision litigieuse mentionne la lettre circulaire AI n°328, accessible à tout un chacun sur Internet, laquelle explicite les nouveaux tableaux ESS ainsi que leur utilisation lors des procédures AI. La décision querellée n'est donc pas critiquable sur ce point.

Enfin, s'agissant de la communication des pièces du dossier, en particulier du rapport d'expertise de la G._____, l'art. 47 al. 1 LPGA prévoit qu'a le droit de consulter le dossier, dans la mesure où les intérêts privés prépondérants sont sauvegardés, l'assuré, pour les données qui le concernent. En l'espèce, dans la mesure où l'intimé a transmis les pièces du dossier à la recourante dans le cadre de la procédure d'observation, elle a agi conformément à l'article précité. Si la recourante souhaitait obtenir le rapport d'expertise dès sa réception par l'OAI, il lui incombait d'en informer l'intimé, ce qu'elle n'a pas fait. En outre, rien n'oblige l'assureur à joindre à la décision les pièces sur lesquelles celle-ci se base (cf. art. 49 LPGA a contrario).

Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que l'OAI n'a pas failli à ses obligations eu égard au droit d'être entendu de la recourante. Ce grief est par conséquent mal fondé.

7. a) Sur le fond, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de

nettoyeuse, alors que les Drs M._____ et Q._____ ont tous deux attesté du fait que leur patiente ne pouvait plus exercer son activité habituelle.

Or aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute les conclusions claires et bien motivées des experts de la G._____, lesquelles rejoignent par ailleurs les constatations réalisées par le Dr L._____ dans le cadre de son expertise de 2013. En particulier, dans son rapport du 11 novembre 2014, le Dr Q._____ indiquait que l'incapacité de travail de la recourante « semblait » être de 100 % comme nettoyeuse, mais relevait qu'il n'avait pas revu sa patiente depuis le 21 mai 2012. De surcroît, il recommandait de mettre en œuvre une expertise, afin justement d'éclaircir la question de la capacité de travail de la recourante, ce qui, précisément, a été fait par l'OAI (cf. courrier du Dr Q._____ du 13 novembre 2014). Pour ce qui est de l'appréciation du Dr M._____, on relèvera qu'après 2012, ce médecin ne s'est plus prononcé sur la capacité de travail de sa patiente, se contentant de déclarer que l'OAI était en possession de tout document lié à la pathologie présentée par I._____. On en déduit ainsi qu'il n'a pas d'autres informations à communiquer. Enfin, la recourante ne produit aucun document médical entrant en contradiction avec les conclusions des experts de la G._____. Dès lors, c'est à juste titre que l'OAI a suivi l'appréciation des experts sur ce point. Le grief de la recourante est ainsi mal fondé.

b) La recourante relève également que ni la décision attaquée ni le rapport d'expertise n'abordent la question de la diminution de rendement. A cet égard, on observera en premier lieu que le catalogue de questions soumis aux experts, et sur lequel le conseil de la recourante a d'ailleurs pu se prononcer, mentionne au point VI., intitulé « Capacité de travail », le commentaire suivant : « [...] Merci également de vous positionner sur la présence d'une éventuelle diminution de rendement tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée ». Il résulte de cette formulation que les experts étaient invités à se déterminer sur une baisse de rendement dans le cas où ils constataient la présence de celle-ci au cours de leur examen. En l'absence d'une telle diminution, les

médecins pouvaient donc s'estimer autorisés à ne pas se prononcer sur cette question. De même, tout lecteur du rapport d'expertise comprend qu'à défaut d'une quelconque discussion sur une éventuelle baisse rendement, il doit être considéré que cette diminution n'existe pas. Dès lors, contrairement à ce que soutient la recourante, l'instruction sur ce point n'est nullement lacunaire.

Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, il ne saurait être discuté de la question du rendement en l'absence de tout diagnostic incapacitant. Pour ce même motif, on ne peut reprocher à l'expert psychiatre de ne pas avoir mentionné de limitations fonctionnelles psychiques. Les griefs de la recourante portant sur ces éléments sont ainsi mal fondés. Pour le surplus, l'appréciation sur le plan psychiatrique, au demeurant non contestée par la recourante, ne prête pas le flanc à la critique.

8. a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité, on constatera en premier lieu que c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante avait un statut de personne active à 100 %, et ce conformément aux déclarations de l'intéressée (cf. formulaire « Détermination du statut » complété par la recourante le 30 avril 2012). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante, il convient effectivement d'appliquer la méthode de comparaison des revenus. Celle-ci suppose une comparaison aussi exacte que possible entre le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. supra consid. 3c).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes

du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (cf. ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 et 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (cf. Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (cf. TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2, 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 et 9C_236/2008 du 4 août 2008 ; cf. TFA I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; cf. Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et réf. cit.).

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

b) En l'espèce, pour ce qui est du revenu sans invalidité, l'intimé s'est fondé sur le revenu déclaré par l'employeur dans le questionnaire pour employeur du 11 avril 2012, adapté à un taux d'activité de 100 %, soit un montant de 51'277 fr. 95. La détermination de

ce revenu, au demeurant non contestée par la recourante, ne prête pas le flanc à la critique.

c) S'agissant du revenu avec invalidité, en l'absence, comme c'est le cas de la recourante, 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2).

Dans le cas particulier, l'OAI a retenu un salaire de 4'112 fr. par mois, part du treizième salaire incluse, correspondant au salaire de référence auquel les femmes peuvent prétendre pour des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services ; cf. ESS 2012, TA1_skill_level, niveau de compétence 1). Ce type d'activité comprend, comme le mentionne l'OAI dans son document du 16 août 2016 intitulé « REA - Calcul du salaire exigible », des activités simples et répétitives dans le domaine industriel léger, comme par exemple ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans l'usinage sur machines préréglées, ou opératrice de production (conditionnement, montage, emballage, préparation de commande, contrôle de qualité). Dans son rapport du 13 avril 2017, la spécialiste en questions professionnelles de l'OAI a précisé que d'autres activités pouvaient être considérées comme parfaitement adaptées, comme par exemple employée au montage pour de petits composants électroniques, ou tâches d'approvisionnement et de surveillance de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques.

Quant aux limitations fonctionnelles de la recourante, elles sont détaillées précisément dans le rapport d'expertise de la G._____, en particulier dans l'appréciation rhumatologique : les travaux en hyperextension ainsi qu'en hyperflexion du rachis cervical et de manière associée en hyperélévation des membres supérieurs sont contre-indiqués dès lors que la position doit être soutenue pendant plus de deux minutes. De même, le port de charge excédant 15 kg ou le port de charge répété de plus de 10 kg sont contre-indiqués (cf. p. 8 du rapport du Dr K._____; cf. également rapport d'expertise p. 11). Ainsi, on en déduit que les travaux impliquant des mouvements du rachis cervical en rotation demeurent possibles, tout comme ceux impliquant des mouvements non-soutenus en hyperélévation des membres supérieurs.

Or vu le large éventail d'activités physiques ou manuelles simples que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, est adapté aux problèmes physiques et aux compétences de la recourante. A cet égard, les exemples d'activités cités par l'OAI sont tout à fait compatibles avec les limitations précitées : elles ne nécessitent pas de déplacements particuliers, ni de mouvements répétés du rachis cervical ou d'élévation des membres supérieurs, et respectent entièrement la limite de port de charges évoquée par les médecins (cf. également TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 dans lequel notre Haute Cour a considéré que des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle étaient adaptées aux limitations fonctionnelles d'un assuré qui ne devait notamment pas porter de charges et éviter les mouvements répétitifs de la colonne lombaire ; arrêt CASSO du 24 mai 2017 en la cause AI 346/16 - 159/2017, dans lequel la Cour de céans a jugé que des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle étaient adaptées aux limitations du recourant, lesquelles comprenaient notamment des restrictions au niveau du rachis et l'impossibilité d'effectuer des activités en hauteur avec des mouvements d'abduction ou d'antépuulsion au-delà de 60° à répétition). Par conséquent, le grief de la recourante sur ce point est également mal fondé.

d) La recourante conteste enfin le taux d'abattement pris en considération par l'intimé, estimant que c'est un abattement de 25 % qui aurait dû être appliqué en l'espèce.

La réduction du salaire statistique dans le cadre de la détermination du revenu hypothétique d'invalidé prévue par la jurisprudence a pour objectif de tenir compte du fait que pour un assuré devant se réadapter dans une activité qu'il est jugé apte à exercer malgré son handicap, les possibilités de réaliser un gain qui se situe dans la moyenne sont forcément diminuées. Un tel abattement n'est pas automatique, mais est justifié dans les cas où il existe des indices suffisants pour admettre qu'en raison de différents facteurs (par exemple : limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour), l'assuré ne peut mettre à profit sa capacité de travail sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc ; TF 9C_104/2008 du 15 octobre 2008 consid. et réf. cit.).

La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et réf. cit.). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et

réf. cit.). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (cf. notamment TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1 et réf. cit.).

En l'occurrence, à la seule lumière des limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, le taux d'abattement de 10 % fixé par l'intimé n'est pas critiquable. S'agissant des autres critères susceptibles d'entrer en considération, on notera tout d'abord que l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, si bien qu'elle ne subirait sous cet angle aucun désavantage salarial en cas de retour sur le marché du travail. Il sied également de préciser que la capacité de travail entière dans une activité adaptée est exigible depuis 2012 déjà, soit lorsque la recourante était âgée de 52 ans (cf. rapport du 24 juin 2013 du Dr L. _____ et rapport de la G. _____ du 19 juillet 2016). L'âge ne saurait dès lors constituer un facteur de réduction. En outre, on soulignera que la recourante a bénéficié d'une autorisation de travailler dès son arrivée en Suisse en 1988 et qu'elle est naturalisée depuis 2007. Le critère de la nationalité, respectivement du type d'autorisation de séjour, ne saurait dès lors justifier un abattement sur le salaire statistique. I. _____ invoque aussi son éloignement du marché du travail durant plusieurs années, mais n'explique nullement dans quelle mesure elle en subirait un désavantage salarial, alors que les activités envisageables en l'espèce, soit des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, ne nécessitent par définition pas de réadaptation au travail, ni par ailleurs d'excellentes connaissances de la langue française. A ce propos, on rappellera que le bas niveau de qualifications professionnelles et le manque de connaissances linguistiques ne constituent pas un motif de déduction du salaire lorsqu'on se réfère au niveau d'exigences 4 des tableaux de l'ESS, correspondant au niveau de compétence 1 depuis 2012 (cf. notamment TF I 674/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1.1 et réf. cit. ; Valtério, Droit de l'assurance-veillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 570 n° 2131 ; cf. Lettre Circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014).

Par conséquent, il apparaît que les griefs invoqués par la recourante sont mal fondés et que le taux d'abattement de 10 % retenu par l'OAI est justifié au regard des particularités du cas d'espèce. Au demeurant, même à admettre un taux d'abattement de 15 %, le degré d'invalidité de la recourante ne lui ouvrirait pas de droit à la rente, ni à des mesures professionnelles. En effet, le revenu d'invalidité serait dans une telle hypothèse de 43'724 fr. 95 (51'441 fr. 12 - 15 %), ce qui donne un préjudice de 7'553 fr. (51'277 fr. 95 - 43'724 fr. 95), soit un degré d'invalidité de 14.73 %. Enfin, la question du taux d'abattement est une question de droit, dont l'étendue relève du pouvoir d'appréciation de l'administration ou du juge (cf. ci-dessus). Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts ne sauraient dès lors être interpellés sur ce point.

e) Compte tenu de ce qui précède, l'appréciation du degré d'invalidité telle que réalisée par l'OAI doit être suivie.

f) Enfin, la position de l'OAI s'agissant du droit de la recourante aux mesures professionnelles n'est pas critiquable, ce point n'étant au demeurant pas contesté par l'intéressée.

9. Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 5b). En particulier, il ne se justifie pas de requérir de l'intimé qu'il détermine plus en détail quelles professions pourraient être exigibles de la part de la recourante, ni d'interpeller les experts sur la question de la diminution de rendement. Comme développé ci-dessus, l'instruction est en effet complète sur ces points (cf. supra consid. 7b et 8c).

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

10. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, qu'il convient en l'occurrence de fixer à 400 fr. et de mettre à la charge de la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

b) Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gille-Antoine Hofstetter (pour l. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :