

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 avril 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

K._____, à G._____, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, secrétaire de l'Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) K._____, née le [...] 1948, au bénéfice d'un CFC de téléphoniste, a travaillé pendant plusieurs années auprès de l'entreprise [...], avant de cesser son activité professionnelle à l'âge de 21 ans pour se consacrer à l'éducation de son enfant, né en [...]. Après le décès accidentel de son fils en [...], elle a fait des remplacements scolaires pendant deux ans, activité qu'elle a dû cesser en raison de qualification professionnelle insuffisante. Elle a ensuite travaillé du 1^{er} mai 2001 au 31 mars 2003 à temps partiel en qualité de gardienne du camping de G._____. Souffrant d'une symptomatologie ostéoarticulaire de longue date, elle a consulté différents médecins et a bénéficié de nombreux traitements. Etant en incapacité de travail totale depuis le 10 mars 2003, elle a finalement résilié son contrat de travail pour le 31 mars 2003, les travaux physiques étant trop lourds et trop pénibles à effectuer. Elle a toutefois bénéficié d'indemnités journalières perte de gain jusqu'en mai 2006.

Le 5 janvier 2004, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison de "*douleurs articulaires - toutes les articulations, avec plus d'atteinte aux épaules, bras, mains, dos*". Le 30 janvier 2003 (recte 2004; formulaire 531 bis), elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en qualité de gardienne de camping ou maman de jour par nécessité financière et ce, depuis son arrêt de travail le 31 mars 2003.

Dans un rapport médical du 27 avril 2004, le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de fibromyalgie, possible rhumatisme inflammatoire présent depuis 2003, et d'état dépressif présent depuis 1985. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 10 mars 2003 au 31 mai 2004 au moins, précisant que le pronostic était mauvais en raison d'une

aggravation lentement progressive. Il a estimé que sa patiente était en mesure de travailler à 25 % dans une activité adaptée, soit excluant le travail manuel, le port de charges, les mouvements répétitifs, le travail en hauteur, la position à genoux ou accroupie et l'inclinaison du buste, mais favorisant l'alternance des position assise et debout.

Dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 7 janvier 2005, l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % active et de 50 % ménagère, tout en retenant les éléments suivants :

"Statut :

Suite à l'achat d'un chalet ainsi que la retraite anticipée de son mari, l'assurée a commencé une activité à 50 % en 01 par nécessité financière qui se dégrade. Elle est à la recherche d'une petite activité telle que la surveillance de devoirs ou comme maman de jour.

Enquête ménagère :

Malgré les nombreuses douleurs et limitations décrites en début d'entretien, il ressort que Madame a mis au point toute une série d'aménagements et d'astuces pour gérer ses tâches ménagères.

Tant il est vrai que son mari handicapé des mains rencontre également des limitations, le couple a développé une entraide qui fonctionne très bien".

L'invalidité subie par la recourante dans les diverses activités concernées y est établie comme suit :

Travaux

Pondération Empêchement Invalidité

- Conduite du ménage
2 % 0 % 0 %
- Alimentation (préparation, cuisson, service, nettoyage de la cuisine, provisions)
48 % 10 % 4.8 %
- Entretien du logement (épousseter, aspirateur, entretien des sols, nettoyer les vitres, faire les lits, nettoyage de la salle de bains et WC)
18 % 20 % 3.6 %
- Emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels)
7 % 20 % 1.4 %

- Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder)
15 % 0 % 0 %
- Soins aux enfants ou autres membres de la famille 5 % 20 % 1 %
- Divers 5 % 0 % 0 %

Total 100 % 10.8 %

L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 10.8 % (rapport d'enquête du 12 janvier 2005).

Dans un rapport médical du 18 avril 2005, le Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) présent depuis 1985 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), présent depuis 1996. Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de sa patiente, estimant qu'il convenait de se référer aux rapports du Dr C._____. Il a toutefois mentionné un pronostic défavorable compte tenu de l'aggravation de l'état de santé.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté son Service médical régional (SMR) pour la réalisation d'une expertise rhumato-psychiatrique. Dans un rapport du 16 juin 2006 faisant suite à un examen clinique et psychiatrique de l'assurée en date du 14 juin 2006, les Drs J._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussions sur la capacité de travail :

- Rhumatisme inflammatoire de nature non précisée (M 06.9).
- Cervico-dorso-lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs rachidiens étagés modérés.
- Status après opération pour rhizarthrose des deux pouces.

- Arthrose nodulaire des doigts.
- sans répercussion sur la capacité de travail :
- Fibromyalgie
- Syndrome des apnées obstructives du sommeil traité par CPAP
- Status après maladie de Basedow; hypothyroïdie- iatrogène traitée.
- Excès pondéral
- Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F 33.4)".

Sur le plan somatique, les médecins du SMR ont retenu que l'examen ostéoarticulaire axial mettait en évidence des troubles discrets de la statique vertébrale, une mobilité conservée du rachis dorso-lombaire et quelque peu limitée du rachis cervical, ainsi que des douleurs importantes à la palpation même superficielle de l'ensemble du rachis. L'examen ostéoarticulaire périphérique était toutefois plus difficile à nuancer. Sans exclure le diagnostic de fibromyalgie au vu de la multitude de points insertionnels, ils ont évoqué la présence d'un rhumatisme inflammatoire, se référant sur ce point à un rapport de scintigraphie osseuse du 4 mars 2003. L'atteinte au rachis nécessitait de pouvoir alterner une fois par heure au moins la position assise et la position debout (ceci étant d'ailleurs favorable eu égard au problème des jambes sans repos), mais excluait le soulèvement de charges d'un point excédant 4 kg, le port de charges d'un poids excédant 6 kg et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Par ailleurs, en raison du problème dégénératif et des problèmes inflammatoires simultanés, l'atteinte aux membres supérieurs excluait le travail avec déploiement quelconque de force et le travail imposant des manipulations fines avec les doigts.

Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR n'ont observé aucun signe spécifique de dépression, mais une fragilité psychique clairement perceptible. Le risque de récurrence était toutefois présent, l'assurée réagissant face aux difficultés de son existence (multiples deuils dans sa famille dont celui de son unique enfant en 1985) sur un mode dépressif. Les épisodes dépressifs restaient toutefois indépendants de son trajet professionnel, une activité professionnelle aidant plutôt l'assurée à

surmonter la souffrance liée à la dépression. Depuis mai 2006, l'intéressée travaillait ainsi avec son mari à temps très partiel (6 jours par mois) comme caissière dans un magasin de brocante.

Excluant la reprise de l'activité habituelle de gardienne de camping, les experts ont retenu une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles recensées. En effet, même si les diagnostics de syndrome des apnées obstructives du sommeil et de syndrome des jambes sans repos n'avaient pas de répercussion directe sur la capacité de travail de l'assurée, lesdits problèmes perturbaient certainement le sommeil engendrant une fatigue chronique et, par voie de conséquence, une résistance limitée de l'organisme.

b) En date du 2 août 2006, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision par lequel il entendait refuser le droit à une rente d'invalidité. Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Sur la base d'un revenu mensuel de 3'893 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6 heures) et d'un taux d'abattement de 5 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu hypothétique annuel de 23'000 fr. environ dans une activité légère de substitution à 50 %. Un tel revenu, comparé au gain de valide de 12'000 fr. environ en qualité de gardienne de camping, démontrait que l'intéressée ne présentait pas de préjudice économique. Compte tenu de l'absence d'empêchement dans l'activité professionnelle exercée à 50 %, et d'un empêchement de 10.8 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 5.4 %, ce qui était insuffisant pour avoir droit à une rente d'invalidité.

Dans le cadre de la procédure de contestation, le Dr C. _____ a confirmé une totale incapacité de travail dans la part active et à 50 %

dans l'activité ménagère, le handicap aux mains présenté par sa patiente étant largement suffisant pour justifier une incapacité totale de 75 % (courrier du 21 octobre 2006 adressé à l'assurée).

Dans un rapport médical du 16 novembre 2006, le Dr L._____, spécialiste FMH en pneumologie, a précisé qu'il n'était en charge de la patiente que pour des problèmes de syndrome des apnées du sommeil et de jambes sans repos. Il n'a ainsi attesté aucune incapacité de travail liée à ces pathologies, lesquelles étaient bien contrôlées et ne présentant pas de répercussion sur la qualité du sommeil.

Dans un courrier du 16 janvier 2007 adressé à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive, et chirurgie de la main, a estimé que les douleurs liées à une trapéziomectomie et une suspension étaient normalement limitées dans le temps, mais l'entrapement de la branche du nerf dorsal pouvait être fort gênant. Une ténosynovite non sténosante de la 1^{ère} poulie du même rayon limitait en plus une partie de la fonction. Il a attesté un empêchement de 25 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, en ce sens que toutes les tâches précitées pouvaient être effectuées, mais avec un rendement nettement moins important.

Dans un rapport médical du 11 février 2007, le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assurée le consultait pour un névrome de Morton bilatéral et que l'état de santé de sa patiente s'améliorait après l'excision chirurgicale bilatérale.

Dans un rapport médical du 20 novembre 2007, le Dr S._____ a posé les diagnostics d'épisodes dépressifs récurrents, avec récemment un trouble sévère, actuellement moyen, avec syndrome somatique (F 33.11) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Le psychiatre traitant a précisé que sa patiente présentait des ruminations suicidaires avec un passage à l'acte récent nécessitant une hospitalisation aux soins intensifs, une perte de l'élan vital, un sentiment d'inutilité et d'être incomprise. L'assurée était au bénéfice d'un traitement

médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, ainsi qu'une psychothérapie de soutien, le pronostic étant défavorable. Au vu de l'état dépressif récurrent avec un syndrome douloureux somatoforme, l'incapacité de travail était totale. Il a précisé dans un courrier du 8 février 2008, que l'assurée avait commis une tentative de suicide en date du 2 avril 2007 en raison d'un conflit conjugal exacerbé, de deuil toujours non résolu de son fils et de l'attente douloureuse d'une décision AI. Après avoir été hospitalisée à l'hôpital de [...] en observation pendant 24 heures, elle a pu regagner son domicile. Aucun changement dans la prise en charge de la patiente n'est intervenu.

Dans un rapport médical du 13 décembre 2007, la Dresse N._____, chef de clinique adjointe aux Unités somatiques de l'hôpital T._____, a estimé que les diagnostics de troubles dégénératifs de la colonne lombaire avec discopathies L3-L4 et L4-L5, protusion discale paramédiane à droite et antélisthésis de grade I de L4 sur L5, de polyarthrose avec arthrose acromio-claviculaire droite, arthrose modulaire des mains, coxarthrose bilatérale, de fibromyalgie, de syndrome obstructif d'apnée du sommeil sous CPAP et de restless leg syndrom (jambes sans repos) avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a attesté une incapacité totale de travail durant toute l'hospitalisation de l'intéressée soit du 22 octobre au 5 novembre 2007, en précisant ce qui suit à propos du pronostic :

"En raison d'une polyarthrose sévère, tant au niveau coxo-fémoral que lombaire, le pronostic est défavorable chez cette patiente qui est de plus en plus invalidée. Le tableau est bien sûr encore compliqué par la présence d'arthralgies diffuses, de caractère inflammatoire, dont l'origine n'a pas pu être encore établie avec certitude. La patiente est connue pour un diagnostic de fibromyalgie, qui aggrave encore la symptomatologie. En raison d'apnées du sommeil, elle présente également une asthénie qui est susceptible d'augmenter les douleurs chroniques et d'en abaisser le seuil. Selon nous, le pronostic est mauvais et la patiente ne pourra certainement pas reprendre une capacité de travail complète".

Dans l'annexe au rapport médical, la Dresse N._____ a mentionné que la patiente pouvait, sur un plan somatique, travailler dans

une activité légère de type occupationnel à un taux de 30 %, avec une diminution de rendement de 50 % en raison de la persistance de douleurs chroniques et d'une asthénie secondaire au syndrome d'apnée du sommeil.

Au vu de ces éléments, le Dr X. _____, médecin au SMR a estimé que l'ensemble des éléments médicaux ne contenait aucun élément objectif permettant de retenir une évolution favorable avec une stabilisation de l'état psychique de l'assurée (avis médical du 31 mars 2008). Toutefois au vu des limitations fonctionnelles majeures retenues lors de l'examen rhumatologique par le SMR, il paraissait justifié de se référer à l'appréciation du Dr D. _____ et de retenir un taux de 25 % comme empêchements ménagers.

Par décision du 6 août 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 août 2006 en reprenant les mêmes motifs.

B. a) Par acte du 20 août 2008, K. _____ interjette recours contre cette décision et conclut, sous suite de frais et dépens, à son admission, principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité au moins à compter d'une date à fixer à dire de justice, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. S'agissant de la part active, elle se réfère à l'avis du Dr C. _____ qui a conclu à une totale incapacité de travail, son handicap des mains justifiant à lui seul ladite incapacité. Elle reproche à l'Office AI de ne pas avoir précisé quelle activité elle serait en mesure d'assumer qui soit moins astreignante sur le plan physique que celle de surveillante de camping. S'agissant de l'activité ménagère, elle conteste le taux de 10.8 % finalement retenu dans le cadre de l'enquête économique et requiert dès lors la mise une nouvelle enquête économique sur le ménage. Elle sollicite enfin la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, l'évaluation réalisée par les médecins du SMR s'écartant manifestement de l'avis de son psychiatre traitant.

b) Dans sa réponse du 27 octobre 2008, l'Office AI a confirmé la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du SMR et l'absence de préjudice économique présenté par l'assurée. En outre, il a rappelé qu'elle avait résilié son contrat de travail en qualité de gardienne de camping en raison des travaux physiques trop lourds, ce qui démontrait la possibilité d'assumer une activité moins astreignante que l'activité habituelle. S'agissant de l'activité ménagère, l'Office AI a admis qu'il paraissait justifié de retenir un taux de 25 % pour les empêchements ménagers au vu de l'avis du Dr D._____. Toutefois, le taux d'invalidité global se montait à 13 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à un quart de rente.

c) Dans sa réplique du 8 décembre 2008, l'assurée, dès lors représentée par un avocat d'ASSUAS, a conclu au versement d'une rente entière d'invalidité. Elle soutient que son incapacité de travail a été largement sous-estimée et ne comprend pas les motifs pour lesquels l'appréciation du 13 décembre 2007 de la Dresse N._____ a été écartée, alors que cette praticienne estimait que l'assurée n'était en mesure d'assumer qu'une activité de type occupationnel à 30 % avec une diminution de rendement de 50 %. Sur le plan psychique, l'assurée s'est référée à l'avis du 11 septembre 2008 du Dr S._____, lequel a indiqué être consterné par la superficialité de l'examen rhumato-psychiatrique du 14 juin 2006 effectué par les médecins du SMR dont le rapport était selon lui lacunaire et sur de nombreux points erroné. Au vu de ces éléments, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Enfin, elle a pris acte que l'Office AI se ralliait à l'appréciation du Dr D._____ s'agissant du taux d'empêchement de travailler. Ce médecin l'ayant examinée en raison de douleurs à la main droite, ce taux devait être a priori supérieur, puisqu'elle présentait désormais également une symptomatologie douloureuse et mécanique au niveau de la main gauche.

d) Dans sa duplique du 11 février 2009, l'Office AI s'est référé à un avis médical du 13 janvier 2009 établi par le Dr V._____, médecin au SMR. Ce praticien a relevé que le rapport de la Dresse N._____ n'était pas nouveau et que les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome

d'apnées du sommeil et de restless leg syndrom avaient été pris en compte par les experts du SMR. Toutefois, le Dr V. _____ a estimé que les clichés radiographiques et l'examen clinique de 2006 ne permettaient pas de retenir le diagnostic de coxarthrose mis en évidence par la Dresse N. _____ à la fin de l'année 2007 sur la base d'un scanner du bassin non daté. Cet élément constituant un fait nouveau, il convenait d'inclure dans les limitations fonctionnelles déjà retenues, celles d'usage avec le diagnostic de coxarthrose, soit activité sédentaire ou semi-sédentaire permettant l'usage d'une selle ergonomique et l'alternance des positions au gré de l'assurée et sans déplacement prolongé ni usage fréquent d'escalier. Quant au Dr C. _____ (courrier du 21 octobre 2006), s'il était d'accord avec les diagnostics retenus par les experts du SMR, il critiquait toutefois l'appréciation du trouble dépressif en rémission et de la fibromyalgie. Il s'agissait donc d'une appréciation différente d'une situation similaire. Enfin, le courrier du Dr S. _____ se limitait à émettre des jugements de valeur sans les motiver et n'apportait aucun fait nouveau sur le plan médical.

e) Par courrier du 11 mars 2009, l'assurée a produit une lettre de sortie du 2 mars 2009 établi par la Dresse H. _____, médecin associée à l'Unité du rachis de l'hôpital T. _____, relative à une hospitalisation du 2 au 20 février 2009 en vue d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire. A l'issue du séjour hospitalier, aucune amélioration n'a pu être constatée, la patiente restant figée sur ses douleurs multiples. Au vu de la détresse psychologique majeure de l'intéressée, une hospitalisation dans un milieu spécialisé a été évoquée par la Dresse F. _____, médecin assistante au Service de psychiatrie de liaison de l'hôpital T. _____.

f) Dans ses déterminations du 17 avril 2009, l'Office AI a confirmé ses conclusions et a préavisé pour le rejet du recours.

g) Le 22 janvier 2010, la recourante a produit un rapport de consultation du 9 mars 2009 établi par les Dresses B. _____, cheffe de clinique au Service de psychiatrie de liaison de l'hôpital T. _____, et

F._____, lesquelles ont retenu un épisode dépressif d'intensité moyenne avec symptômes somatiques (F 32.11) en faisant état d'une aggravation de l'état de santé de la patiente tant sur le plan psychique que somatique.

h) Dans ses déterminations du 18 février 2010, l'Office AI a préavisé pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

i) Par lettre du 17 mars 2010, la recourante a fourni un rapport d'observation clinique du 12 mars 2010 du Dr M._____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a indiqué qu'elle bénéficiait d'un traitement d'acupuncture dans un contexte de douleurs chroniques. Dans ce cadre, il avait procédé à un status psychopathologique, puis à un bilan psychométrique.

j) Par courrier du 7 septembre 2010, le juge instructeur a chargé le Centre R._____ à [...] (COMAI) de réaliser une expertise de la recourante sur la base de trois questionnaires proposés par la Cour de céans, la recourante et l'Office AI.

k) Par courrier du 13 décembre 2010, la recourante a produit les documents suivants :

- un rapport du 22 septembre 2010 du Dr Q._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, adressé au Dr C._____, faisant état d'une rupture chronique de longue date de la coiffe des rotateurs au détriment du tendon sous-épineux, avec rétraction importante et atrophie musculaire nécessitant une réparation chirurgicale;

- deux rapports des 26 octobre et 23 novembre 2010 du Dr P._____, spécialiste FMH en neurochirurgie et chirurgie du rachis, adressés au Dr C._____, posant les diagnostics de listhésis L4-L5, ainsi que de discopathie L3-L4 entraînant une hypermobilité du segment L4-L5 et nécessitant une probable prise en charge chirurgicale.

l) Dans un rapport de synthèse du 29 avril 2011 ("expertise pluridisciplinaire"), faisant suite à un examen bidisciplinaire des 15 et 16 décembre 2010, les Drs ???., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et W., spécialiste FMH en rhumatologie au Centre R., ont conclu que l'assurée présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec lésion transfixiante du sus-épineux, une polyarthrose (arthrose nodulaire des doigts, arthrose du rachis, acromio-claviculaire et coxarthrose), un status après opération pour rhizarthrose des deux pouces, un rhumatisme inflammatoire de nature non précisée et des troubles statiques du rachis et antélisthésis de L4-L5. Les autres diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail, y compris la fibromyalgie. En effet, en l'absence de comorbidité psychiatrique invalidante et d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ce diagnostic n'atteignait, en conséquence, pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail de longue durée. Retenant une aggravation progressive des troubles dégénératifs depuis l'évaluation du SMR de 2006, sans pouvoir indiquer une date précise, ils ont dès lors attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée (par exemple téléphoniste, réceptionniste, service d'accueil), soit respectant les limitations fonctionnelles décrites (activité excluant le déploiement de force avec les membres supérieurs, le fait de serrer avec les mains ou de visser, des manipulations fines avec les doigts, le soulèvement de charges, le travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges de plus de 6 kg, les activités avec des mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ou des stations prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux, mais autorisant l'alternance des positions assise-debout).

m) Par courrier du 31 mai 2011, la recourante a produit un certificat médical du 26 mai 2011 des Drs E. et O., respectivement médecin adjointe et médecin assistant au département de psychiatrie de l'hôpital T.. Ils ont indiqué que l'intéressée était patiente de la policlinique de [...] depuis 2008 où elle bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie de soutien. Posant le diagnostic

de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), ils ont estimé que le tableau clinique était suffisamment intense pour avoir un effet important sur sa capacité de travail et sur son intégration à un nouveau poste d'emploi, y compris sur les activités quotidiennes (troubles de la concentration et de la mémoire, aboulie, anhédonie, capacité d'adaptation, résistance au stress et à la frustration).

n) Par lettre du 3 juin 2011, la recourante a sollicité formellement la mise en œuvre d'une nouvelle enquête sur le ménage, estimant que le taux d'exigibilité ménager de 70 % finalement retenu par les experts était irréaliste, dans la mesure où ils attestaient une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée. Par ailleurs, les experts n'avaient pas tenu compte des rapports des Drs L. _____ et M. _____, lesquels attestaient de troubles invalidants.

o) Dans ses déterminations du 30 juin 2011, l'Office AI a produit un avis médical du 26 mai 2011 du SMR qui a conclu à une capacité de travail de 2h30 par jour depuis juillet 2006, soit la période qui a suivi directement l'examen clinique du SMR, et à des empêchements ne dépassant pas 30 % dans l'activité ménagère. L'Office AI a dès lors procédé au calcul du revenu d'invalidé, la capacité de travail déterminée par les experts étant de 12 h 30 par semaine dès juillet 2006. Sur la base d'un revenu mensuel de 3'893 fr. selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans une activité simple et répétitive (secteur privé; production et services) en 2004, compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2002 (41.6 heures) et d'un taux d'abattement de 5 %, l'OAI a estimé que l'assurée était en mesure de réaliser un revenu hypothétique annuel de 13'846 fr. 62 dans une activité légère de substitution à 30 % ($[12.5 : 41.6] \times 100$). Un tel revenu, comparé au gain de valide de 12'000 fr. environ en qualité de gardienne de camping, démontrait que l'intéressée ne présentait pas de préjudice économique. Quant à la part ménagère, les experts ont estimé que la capacité de travail de l'assurée était de 70 %. Selon l'Office AI, la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère n'était pas nécessaire,

notamment car le degré d'invalidité de la part ménagère devrait être d'au moins 79 % pour que soient remplies les conditions d'octroi d'un quart de rente au sens de l'art. 28 LAI (79 % X 50 % = 40 % résultat arrondi).

E n d r o i t :

1. Interjeté le 20 août 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi dès le 1^{er} mars 2004, soit à l'issue du délai d'attente d'un an.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes 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). 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).

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

références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

c) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Dans son arrêt du 28 juin 2011, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence, disant qu'à l'avenir, l'assuré aura droit, quand l'instruction menée par l'AI ne débouche pas, sur des points importants, sur des résultats suffisamment clairs, à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, à savoir auquel le tribunal doit procéder, et non l'administration (ATF 137 V 210). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il est précisé qu'une telle expertise, confiée au CEMed (COMAI), a été mise en oeuvre en l'espèce.

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie,

fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante n'a plus assumé d'activité lucrative depuis le 10 mars 2003 (questionnaire pour l'employeur du 28 août 2004). Selon ses déclarations (formulaire 531 bis du 30 janvier 2003 [recte 2004]), elle aurait toutefois repris un emploi à 50 % depuis son arrêt de travail pour des motifs financiers, si elle n'avait pas été incapable de travail. Lors de l'enquête économique sur le ménage (rapport d'enquête daté du 12 janvier 2005), il a été proposé de retenir le statut de 50 % active et 50 % ménagère, taux finalement confirmés par l'intimé et qui n'ont pas été contestés par la recourante. Il en découle qu'il convient d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF 130 V 393).

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. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2^{ter} LAI en corrélation avec les art. 27^{bis} RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu sans invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154).

4. Il s'agit tout d'abord de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante (part active).

a) Sur le plan somatique, si les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que la recourante présente essentiellement des troubles ostéo-articulaires, ces médecins n'ont pas le même avis

s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée compte tenu des atteintes qu'elle présente.

Lors de l'examen clinique de la recourante le 14 juin 2006, les Drs J._____ et Z._____ ont décrit des troubles dégénératifs qui avaient tendance à s'aggraver au cours du temps et ont retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis avril 2003 (rapport du 16 juin 2006). Dans leur rapport du 29 avril 2011, les Drs ???_._____ et W._____ ont constaté que l'état de santé s'était aggravé depuis l'examen clinique de 2006. Ils ont ainsi mis en évidence une coxarthrose bilatérale décrite par la Dresse N._____ (rapport du décembre 2007) et une pathologie à l'épaule droite qui était à présent documentée (rapport du 22 septembre 2010 du Dr Q._____). Concernant le rachis, les experts ont estimé que la situation était comparable à celle de 2006 et recommandaient une extrême prudence avant d'envisager une opération.

Sans véritablement contester le résultat de l'expertise du Centre R._____ sur le plan somatique, la recourante reproche toutefois aux experts de ne pas avoir tenu compte d'un rapport médical du Dr L._____ de novembre 2008 faisant état, selon elle, de troubles invalidants. Il sied de constater que le dossier ne contient qu'un rapport médical du Dr L._____, soit celui 16 novembre 2006, qui a été pris en compte par les experts lors de l'évaluation de la capacité de travail de la recourante (rapport du 29 avril 2011, p. 4 et 20). Le pneumologue traitant indiquait ainsi que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil et de syndrome des jambes sans repos étaient traités et bien contrôlés. Considérant que ces deux pathologies n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante, élément admis par le Dr L._____, les médecins du SMR ont ajouté que "*ces problèmes perturbent certainement le sommeil engendrant une fatigue chronique et, par voie de conséquence, une résistance limitée de l'organisme*" (rapport du 16 juin 2006, p. 10). Quant aux experts???._____ et W._____, tout en faisant état de l'avis du Dr L._____ (rapport du 29 avril 2011, p. 4), ils ont exclu toute diminution de la capacité de travail en raison d'autres pathologies somatiques à savoir l'obésité, le syndrome des apnées du sommeil, le

syndrome des jambes sans repos, la surdité appareillée et l'hypothyroïdie traitée (rapport du 29 avril 2012, p. 21).

Sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, les experts du Centre R._____ ont également retenu le diagnostic de fibromyalgie, ajoutant que l'ensemble des points algiques à la palpation typiques de cette pathologie était déclaré douloureux par des grimaces, de discrets mouvements de retrait ou des protestations verbales. Ils ont toutefois noté que des zones habituellement non douloureuses l'étaient après palpation de la recourante, par exemple les biceps et les chevilles (rapport du 29 avril 2011, p. 17). Il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2d supra), ce qui sera examiné ci-après.

Au vu de ce qui précède, la Cours de céans s'en tient aux conclusions de l'expertise du Centre R._____, à savoir que la situation concernant la pathologie ostéoarticulaire a évolué, en ce sens qu'il y a lieu de fixer la capacité de travail résiduelle à 30 % dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles déjà décrites par les experts du SMR, tout en excluant les activités nécessitant de lever les bras au-dessus de l'horizontale au vu des nouvelles atteintes apparues depuis l'examen clinique du 14 juin 2006.

b) Sur le plan psychiatrique, le rapport du 16 juin 2006 des Drs J._____ et Z._____ du SMR a mentionné que le trouble dépressif récurrent était en rémission au vu de l'absence de signe spécifique de dépression, évoquant "*une fragilité psychique clairement perceptible*" (p. 10). Depuis lors, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé de la recourante d'un point de vue psychique, l'expert_____._____ ayant conclu à l'absence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques ou phobiques, ainsi que d'un trouble de la personnalité (rapport d'expertise du 29 avril 2011, p. 21 et 22). L'expert a mentionné que la recourante présentait un épisode dépressif léger qui s'inscrivait dans le contexte d'une anamnèse marquée par des épisodes récurrents

d'abaissement de l'humeur en réaction aux événements stressants comme des deuils et des pertes dans son entourage. L'expert Dr ???_____ a cependant admis que la recourante avait, malgré ses épisodes récurrents, toujours été capable de reprendre ses activités professionnelles ou ses loisirs après quelques mois, sans élément anamnestique en faveur d'une incapacité de travail durable au plan psychiatrique. Toutefois, ces symptômes ne pouvaient être qualifiés de comorbidité psychiatrique autonome (rapport d'expertise du 29 avril 2011, p. 22 in fine).

c) Dans le contexte d'une fibromyalgie, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante chez la recourante, les experts Dr ???_____ et W._____ ont procédé à l'examen des critères consacrés par la jurisprudence dans le cas d'un trouble somatoforme persistant (applicables par analogie dans le cas d'une fibromyalgie), dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail. Il a ainsi été constaté que l'intégration sociale était conservée, car la recourante continuait de mener une vie sociale active marquée par des rencontres et des contacts réguliers avec les différents membres de sa famille, ainsi que des amis et des voisins. En outre, elle ne présentait pas de perte de l'intérêt et du plaisir. Elle s'intéressait ainsi à la littérature, suivait régulièrement des cours d'anglais, participait volontiers aux répétitions d'un chœur et entreprenait des excursions, par exemple en Belgique à l'automne 2010.

Au vu des éléments précités, c'est à juste titre que les experts ont considéré que le diagnostic de fibromyalgie ne se manifestait pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assurée ne pouvait plus être raisonnablement exigée d'elle.

d) Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'expertise judiciaire des Drs ???_____ et W._____. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse

complète, des examens somatique et psychiatrique convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de l'assurée, une appréciation claire et des conclusions dûment étayées. Ils ont notamment démontré de façon convaincante que l'incapacité de travail relevait avant tout de troubles dégénératifs évoluant progressivement. En effet, si les experts ont admis que l'état de santé psychique de la recourante pouvait répondre de manière transitoire au critère diagnostic d'un épisode dépressif moyen, comme décrit par les Drs B._____, F._____ (rapport de consultation du 9 mars 2009) et S._____ (rapports médicaux des 18 avril 2005 et 20 novembre 2007), l'anamnèse démontrait à chaque fois une nette amélioration de son état. Dans ce contexte, les différents rapports des Drs M._____ (rapport du 12 mars 2010), E. et O. (rapport du 26 mai 2011) ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Centre R._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, ces praticiens ne s'étant pas prononcés sur la capacité de travail résiduelle de leur patiente et n'ayant pas attesté une incapacité de travail durable au plan psychiatrique. En outre, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr.15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'assureur social ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Par conséquent, les griefs de la recourante à propos de l'appréciation de sa capacité à recouvrer une profession, dans une activité adaptée, sont mal fondés.

5. Il convient à présent d'examiner le taux d'empêchement d'accomplir les travaux habituels (part ménagère).

a) L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2^{bis} LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie (CIIAI), p. 65, no 3084 ss).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels à la condition qu'elle remplisse les exigences relatives à la valeur probante (cf. TFA I 90/02 du 30 décembre 2002 consid. 2.3.2 non publié in ATF 129 V 67, publié in VSI 2003 p. 218; ATF 128 V 93), l'enquête économique sur le ménage (cf. art. 69 al. 2 RAI) permet d'abord d'estimer l'étendue d'empêchements dus à des troubles physiques. Elle conserve néanmoins valeur probante lorsqu'il s'agit d'évaluer les empêchements que l'intéressée rencontre dans l'exercice de ses activités habituelles en raison de troubles psychiques (cf. TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009, consid. 4.1). Ce n'est qu'en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical que celles-ci ont, en général, plus de poids (cf. TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et

TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1 in VSI 2004 p. 137). Cette priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent (TFA I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3). Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (cf. VSI 2003 p. 218), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TFA I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

Il découle logiquement de ce qui précède qu'étant donné les exigences en matière de valeur probante, la jurisprudence citée n'interdit pas à l'autorité amenée à statuer de s'écarter sur certains points particuliers d'un rapport d'enquête économique sur le ménage reconnu globalement comme probant, y compris lorsque les atteintes incapacitantes sont d'ordre somatique, dès lors que les documents médicaux disponibles mettent en évidence des contradictions qu'il faut trancher en faveur de l'avis spécialisé d'un médecin (TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.3).

b) La recourante sollicite la mise en œuvre d'une nouvelle enquête économique sur le ménage, reprochant à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit le dossier sur le point de l'incapacité de travail en relation avec les activités ménagères, en ce sens que le taux global d'invalidité ménagère retenu par l'intimé aurait dû être plus élevé. Une telle enquête détaillée a été réalisée en janvier 2005.

L'enquêtrice a fixé à 10.8 %, soit à 5.4 % pour un statut de ménagère à 50 % l'empêchement global dans les activités habituelles

(rapport du 12 janvier 2005), considérant que malgré les nombreuses douleurs et limitations décrites en début d'entretien, la recourante avait mis au point toute une série d'aménagements et d'astuces pour gérer ses tâches ménagères, son mari rencontrant également des limitations au niveau des mains. On notera à cet égard que l'enquêtrice s'est fondée sur la description faite par l'intéressée des tâches qu'elle accomplissait dans son ménage. Celle-ci veut désormais revenir sur ses dires. Dans de telles circonstances, la jurisprudence retient qu'il faut s'en tenir aux premières déclarations (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Dans la mesure où aucun élément médical n'atteste une aggravation de l'état de santé de la recourante prévalant à l'époque de la réalisation de l'enquête (le courrier du Dr D._____, attestant un empêchement de 25 % dans l'accomplissement des tâches ménagères, datant du 16 janvier 2007), cette façon de faire n'est pas critiquable.

c) Cela étant, il convient de déterminer dans quelle mesure l'aggravation attestée par les Drs ???____ et W._____ depuis le rapport d'examen clinique du SMR, a modifié le degré d'invalidité dans la sphère du ménage. On peut certes déduire des pièces médicales auxquelles se réfère la recourante que son état de santé s'est aggravé depuis juillet 2006, période suivant directement l'examen clinique de l'assurée par les médecins du SMR, et finalement retenue par le Dr V._____ (avis médical du 26 mai 2011), solution qui s'avère favorable à l'assurée et qu'il n'y donc pas lieu de remettre en cause. On rappellera que l'aggravation liée à une coxarthrose bilatérale et à une pathologie à l'épaule droite exclut, outre les limitations fonctionnelles déjà décrites, les activités nécessitant de lever les bras au-dessus de l'horizontale. Dans le cadre de l'expertise judiciaire du Centre R._____, l'assurée a indiqué qu'elle bénéficiait d'une aide-ménagère à raison de deux heures par semaine payée par son assurance-maladie complémentaire, laquelle nettoyait et rangeait l'appartement, passait l'aspirateur et faisait le ménage (rapport du 29 avril 2011, p. 11 in fine). Il est dès lors établi que les tâches liées à l'entretien du logement (pondération de 18 %), ainsi qu'à la lessive et à l'entretien des vêtements (pondération de 15 %) ne peuvent être totalement accomplies par l'assurée et requièrent l'aide d'une tierce

personne, les autres activités ne subissant pas de modification. L'empêchement global apparaît dès lors plus important que l'empêchement initialement retenu par l'enquêtrice, puisqu'il avoisine les 30 %, si l'on tient compte du fait que la recourante ne peut plus assumer l'entretien de son appartement et une part de l'entretien des vêtements, la lessive et le séchage du linge étant toutefois toujours assurés par la recourante (par rapport au facteur de pondération de 15 %, la diminution est de 4.5 % compte tenu d'un empêchement de 30 %), soit un empêchement global de 29.7 % (0 % + 4.8 % + 18 % + 4.5 % + 0 %). Le taux précité, similaire au taux de 30 % mis en évidence par les Drs ??? _____ et W. _____ (rapport du 29 avril 2011, p. 21), correspond à un taux d'invalidité de 14.85 % dans une activité ménagère à 50 %. La recourante était par conséquent fondée à critiquer la décision attaquée.

6. Cela étant, il s'agit de déterminer la perte de gain que subirait la recourante dans l'exercice d'une activité médicalement exigible. Dans la décision attaquée, l'intimé a estimé que la recourante ne présentait pas de préjudice économique dans la part active. Il a conclu dans le même sens, dans ses déterminations du 30 juin 2011, malgré l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis juillet 2006. Dès lors, la recourante disposant d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée jusqu'au 30 juin 2006, puis de 30 % dès le 1^{er} juillet 2006 (supra, consid. 5c), il y a lieu de déterminer, selon la méthode de la comparaison des revenus, la perte de gain que subirait la recourante pour chaque période précitée.

a) L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). 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'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). 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'oeuvre. 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 (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

b) Selon la jurisprudence constante fédérale, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu

d'invalide (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

c) Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité et qu'il ne désire pas s'en contenter délibérément, il convient d'abord d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer. En pratique, celui-ci peut être effectué soit au regard du revenu sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé ou en se référant aux données statistiques, soit au regard du revenu d'invalide en réduisant de manière appropriée la valeur statistique (ATF 134 V 322). Lorsque la réalisation d'un revenu d'invalide situé dans la moyenne apparaît raisonnablement possible et exigible, il n'y a pas lieu d'adapter en conséquence le revenu sans invalidité qui serait inférieur à la moyenne pour des motifs d'ordre économique. Cela n'est pas constitutif d'une inégalité de traitement à l'égard des personnes à faible revenu (ATF 135 V 58).

Lorsque le taux à partir duquel un revenu sans invalidité est inférieur à la moyenne d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322, consid. 4, et il peut – si les autres conditions sont réalisées – justifier un parallélisme des revenus à comparer (cf. en particulier ATF 135 V 297, consid. 6.1.2). Ce parallélisme doit porter seulement sur la part qui excède le taux minimal déterminant de 5 % (ATF 135 V 297, consid. 6.1.3). Les conditions de la déduction résultant du parallélisme des revenus à comparer et de l'abattement pour

circonstances personnelles et professionnelles sont dans une relation d'interdépendance, dans la mesure où les mêmes facteurs qui ont une influence sur le revenu ne peuvent pas justifier à la fois une déduction en raison du parallélisme des revenus à comparer et un abattement pour circonstances personnelles et professionnelles (ATF 135 V 297, consid. 6.2).

d) In casu, pour déterminer le revenu d'invalidé de la recourante, il convient de se référer au revenu résultant des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour des activités simples et répétitives dont un certain nombre aurait été exigible à 50 % (TF I 931/06 du 3 octobre 2007 consid. 5.4). En l'espèce, seul le niveau de qualification 4 correspondant aux activités simples et répétitives entre ici en considération, à savoir en 2004, 3'893 fr. par mois (ESS, 2006, secteur privé; production et services). Compte tenu du temps de travail moyen effectué dans les entreprises en 2004 (41.6), le salaire déterminant en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente) est de 48'584 fr. 64, soit 4'048 fr. 72 ou 24'292 fr. 32 dans le cadre d'une activité à 50 %, soit 2'024 fr. par mois.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'employeur de la recourante, soit l'exploitant du camping, a annoncé un salaire annuel de 12'000 fr. pour un temps partiel sans préciser le taux d'activité (formulaire rempli par l'employeur le 28 août 2002). Lors de l'enquête économique sur le ménage, la recourante a déclaré que l'activité de gardienne du camping était pratiquée de façon irrégulière, c'est-à-dire que les heures étaient plus ou moins conséquentes en fonction des saisons, mais cela dépassait facilement les 50 % (rapport du 12 janvier 2005). L'enquêtrice a ainsi estimé qu'"en regard du CI [compte individuel AVS], et en calculant une moyenne des heures faites en été et en hiver, le statut de 50 % paraît justifié". Aucun élément ne permet d'identifier clairement les tâches assumées par l'assurée, qui ne se limitaient toutefois pas à une activité de surveillance, la recourante ayant indiqué que le travail consistait notamment à porter de lourdes charges.

Le salaire annoncé par l'employeur est très nettement inférieur à celui, pour la même année, que réalisait une femme non qualifiée travaillant dans le secteur de l'hôtellerie et de la restauration, soit le salaire statistique le plus proche du domaine d'activité de la recourante et parmi les plus bas du secteur des services. En effet, selon les données statistiques publiées par l'OFS, le salaire moyen d'une telle employée correspond à un salaire de 3'637 fr. par mois [ESS 2004 (TA7-Services-Activités de l'hôtellerie-restauration, économie domestique (37))]. Converti en horaire de 42,1 heures (La Vie économique 10/2006, p. 94, tableau B.9.2, let. H [hôtellerie et restauration]), cela donne un montant de 3'827 fr. 95 par mois ou 45'935 fr. par an, soit 1'913 fr. à 50 %. Ainsi, le revenu mensuel perçu par l'assurée, soit 1'000 fr. n'est pas équivalent aux revenus de la branche concernée, puisqu'il est inférieur d'au moins 5 % à la moyenne du salaire statistique usuel dans la branche. Il y a dès lors lieu d'opérer un parallélisation des revenus selon la jurisprudence précitée, le salaire mensuel effectif réalisé par l'assurée étant inférieur de 48 % au salaire mensuel médian, la part excédant le taux minimal de 5 % étant par conséquent de 43 % pour une capacité de travail de 50 %. Il s'avère dès lors que le revenu effectivement réalisé par la recourante est nettement inférieur au salaire statistique usuel, pour des raisons, au vu du dossier, sans rapport avec l'invalidité, puisque les travaux physiques lui étaient imposés, de même qu'il n'existe, dans les documents à disposition de l'autorité de céans, aucun indice laissant penser que l'assurée désirait volontairement se contenter de ce salaire, la recourante ayant finalement travaillé moins de deux ans auprès du Camping de G._____ et cessé son activité notamment après s'être sentie dénigrée psychiquement par son employeur (rapport d'expertise du SMR du 26 juin 2006, p. 5).

e) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175; Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in: SBVR, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, Bâle 2007, ch. 25, p.

248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75, consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75, consid. 5a/cc). 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 (ATF 137 V 71, consid. 5.2; ATF 126 V 75, consid. 5b/bb). 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 (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 (ATF 137 V 71, consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25 % (Cf. notamment : TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011, consid. 3.5; TFA I 719/03 du 16 juillet 2004, consid. 4.2; ATF 126 V 75, consid. 5b/cc). In casu, l'intimé a réduit le revenu d'invalide de l'assurée de 5 %, réduction qui n'est pas adaptée au cas d'espèce. Il convient en effet de tenir compte également de l'âge de l'assurée au moment de la décision litigieuse (60 ans), ainsi que du nombre important de limitations fonctionnelles rencontrées (problèmes de motricité fine notamment) critères entrant précisément dans le cadre des circonstances personnelles et

professionnelles pouvant justifier un abattement du revenu statistique destiné à corriger les difficultés à se réinsérer dans une activité adaptée que peut, malgré tout, représenter le handicap objectivé (ATF 126 V 75 consid. 5a p. 78 sv.). Ces éléments justifient que le revenu d'invalidé soit réduit de 10 % supplémentaires, soit 15 %, de sorte que le revenu avec invalidité se monte après réduction du salaire de substitution (4'048 fr.) de 43 % (soit 2'307 fr.40), à 1'961 fr. 29 (2'307 fr.40 x 85 %), soit 980 fr. 65 pour une activité à 50 %.

f) La comparaison du revenu sans invalidité de 1'000 fr. avec le revenu d'invalidé de 980 fr. 65 ne fait apparaître qu'un léger préjudice économique, de l'ordre de 2 % pour une activité professionnelle exercée à 50 %.

En raison de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis juillet 2006, il convient de tenir compte d'une activité légère de substitution de 30 %, telle qu'attestée par les experts du Centre R._____, laquelle correspond à un taux de capacité de travail résiduel de 30 % selon les calculs opérés par l'intimé (déterminations du 30 juin 2011; [(12.5 : 41.6) X 100], soit 2.5 heures par jour, soit 12.5 heures par semaine sur un total de 41.6 heures). Dans une activité adaptée à 50 %, le revenu avec invalidité se monte à 294 fr. 20 (980 fr. 65 X 30 %). Après comparaison du revenu d'invalidé avec celui sans invalidité (soit 1'000 fr.), il résulte une perte de gain de 705 fr. 80 correspondant à un degré d'invalidité de 70.6 %, soit 35.3 % à 50 %.

7. En tant qu'assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel, il convient ainsi d'évaluer le degré d'invalidité qu'elle présente selon la méthode mixte, c'est-à-dire pour les parts active et ménagère. Il sied de distinguer deux périodes, soit celle allant de mars 2003 (début de l'incapacité de travail) au 1^{er} juillet 2006 (date du début de l'aggravation de l'état de santé), et celle postérieure au 1^{er} juillet 2006.

a) S'agissant de la première période, soit celle allant de mars 2003 au 1^{er} juillet 2006, compte tenu d'un d'empêchement de 2 % dans l'activité professionnelle exercée à 50 %, et d'un empêchement de 10.8 % dans l'activité ménagère exercée à 50 %, il y a lieu de constater que le taux d'invalidité globale de 6.4 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

b) Pour la période postérieure au 1^{er} juillet 2006, compte tenu d'un taux d'invalidité de 35.3 % dans l'activité professionnelle, et d'un empêchement de 14.85 % dans l'activité ménagère exercée, l'invalidité globale se monte à 50.15 %. Il s'ensuit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2006, soit dès le 3^{ème} mois suivant l'aggravation constatée, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle enquête économique sur le ménage, tant il paraît difficilement concevable que les empêchements ménagers puissent atteindre le seuil de 60 % permettant l'octroi d'un trois quarts de rente au sens de l'art. 28 LAI (compte tenu de la part ménagère à 50 %, il faudrait donc augmenter d'environ 20 %, - soit presque doubler - le taux d'empêchement ménager pour atteindre ce seuil).

c) Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, de réformer la décision attaquée en ce sens que la recourante doit être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2006, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à la recourante. Pour la période allant de mars 2003 au 30 septembre 2006, le recours doit être rejeté, le taux d'invalidité étant insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

8. La recourante est représentée par un mandataire professionnel. Ayant obtenu partiellement gain de cause, elle peut prétendre à une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr. Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 6 août 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2006, la cause étant renvoyée à cet Office afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à la recourante.

- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux milles francs), à verser à la recourante K._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Gilles-Antoine Hofstetter, Secrétaire général de l'Association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :