

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} décembre 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Jomini
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) L._____ en Suisse depuis 1993, sans formation professionnelle, est mère de 4 enfants, nés en [...], [...], [...] et [...].

Elle a déposé le 2 mars 2009 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) sollicitant l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle et d'une rente en précisant les éléments suivants s'agissant du genre de l'atteinte : " douleurs lombaires qui engendrent des douleurs à la jambe gauche et douleurs à la nuque et à la tête ". Le 17 mars 2009, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % dans le cadre de travaux de nettoyage par nécessité financière et ce, depuis 2000 (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 16 avril 2009, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de lombalgies gauches, sans attester une incapacité de travail, précisant qu'il était le médecin traitant de l'assurée depuis le 28 mai 2008. Il a produit un courrier du 31 octobre 2008 du Dr E._____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, lequel a mentionné que l'intéressée présentait depuis de nombreuses années des lombalgies gauches à caractère mécanique irradiant sur la face latérale de la cuisse droite de la jambe jusqu'à la cheville, des cervicalgies basses permanentes particulièrement lors du décubitus, ainsi que des céphalées en casque particulièrement lors de tensions nerveuses. A l'issue d'un examen clinique et d'un bilan radiologique, le Dr E._____ a estimé qu'il convenait d'envisager une prise en charge globale bio-psychosociale pour traiter les rachialgies, sous la forme d'une physiothérapie (avec exercices actifs et passifs, assouplissement de l'ensemble de la musculature, notamment des ceintures scapulaire et pelvienne, assouplissement du rachis dorsal, tonification de la musculature abdominale), d'une école du

dos, de gymnastique à raison de 2x/semaine, d'apprentissage du français et de prise en charge par la famille.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 18 juin 2009, le Dr Q. _____ a relevé que le dossier ne contenait ni status, ni diagnostic précis, ni description des limitations fonctionnelles, alors que la capacité de travail n'était pas définie. Dans ces conditions, il a proposé un examen rhumatologique au SMR en présence d'un traducteur.

Dans un rapport du 10 juillet 2009 faisant suite à un examen clinique de l'assurée du 3 juillet 2009, le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée de rachialgies diffuses avec lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, ainsi que de troubles dégénératifs du rachis avec kyste de Tarlov (M.54) et de syndrome rotulien bilatéral (M.22.2). S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr T. _____ a notamment exposé ce qui suit :

" Au status rhumatologique, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est tout satisfaisante en flexion. Elle est par contre réduite aux latéroflexions et à la réflexion du tronc. Il existe par ailleurs 3 signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées et de troubles sensitifs mal systématisés de tout l'hémicorps G sous forme d'une hypersthésie de tout cet hémicorps, qui est de toute vraisemblance fonctionnel, au vu d'un status neurologique qui est par ailleurs sp. La mobilité cervicale est diminuée, mais l'assurée développe une importante résistance volontaire à la mobilisation passive de la nuque. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée, il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note des douleurs à la palpation de 8 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant cependant insuffisant pour retenir ce diagnostic. L'assurée présente cependant des douleurs à la palpation de la plupart des points typiques de la fibromyalgie et des masses musculaires de l'hémicorps G. Cette constellation clinique nous fait poser le diagnostic de syndrome douloureux diffus de l'hémicorps G sans substrat organique ".

Le Dr T. _____ a également précisé que les examens d'imagerie montraient de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire. Il a retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail de 20 % dans l'activité habituelle de ménagère depuis le 23 février 2009 au vu des limitations fonctionnelles suivantes :

" Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations.
Genoux : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers".

S'agissant de l'activité professionnelle, le Dr T. _____ a constaté que l'intéressée n'avait jamais travaillé ni en Suisse, ni au [...]. Elle a cependant précisé que si elle était en bonne santé, elle travaillerait depuis 7 ou 8 ans dans n'importe quelle activité professionnelle (rapport du 10 juillet 2009, p. 1, anamnèse actuelle générale). Dès lors, le Dr T. _____ a considéré que la capacité de travail était complète dans n'importe quelle activité professionnelle tenant compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire.

Dans un rapport médical du 14 juillet 2009, le Dr Q. _____ s'est rallié à l'appréciation du Dr T. _____.

b) L'OAI a également mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 4 mars 2010, l'enquêtrice a exposé ce qui suit :

"Depuis le début de l'année 2009, la situation financière du couple est devenue très difficile (suppression des prestations complémentaires depuis mars 2009). Au vu de cette perte financière, la solution était que l'assurée en bonne santé, trouve une activité professionnelle à un taux de 100 % afin de pouvoir aider la famille financièrement.

Le choix d'une activité professionnelle serait limitée du fait que l'assurée ne comprend pas le français, ni ne le parle, selon ses dires aurait fait des nettoyages. L'assurée souffrant d'une atteinte à la santé, ne peut assumer des nettoyages, activité trop pénible pour l'assurée".

L'enquêtrice n'a pas pris position quant au statut de l'assurée, constatant tout au plus que "*le statut pourrait être 100 % active depuis mars 2009 au vu des difficultés financières du couple*". L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 27.3 %, (rapport d'enquête économique sur le ménage du 9 mars 2010).

c) Par décision du 27 mai 2010, confirmant un projet de décision du 19 mars 2010, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Considérant l'assurée comme 100 % ménagère, il a retenu qu'au terme de l'examen médical et de l'enquête économique sur le ménage, les empêchements dans l'activité ménagère n'était que de 23.7 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à une telle prestation.

C. Par acte du 25 juin 2010, L. _____ interjette recours contre la décision précitée. Elle conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée, en demandant le réexamen du dossier, car "l'enquête n'était pas correcte à cent pour cent".

Dans sa réponse du 21 septembre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a précisé que les constatations de l'enquêtrice étaient dûment motivées et fondées sur un examen attentif, précis de la situation familiale concrète et conforme aux dispositions légales, à la jurisprudence, ainsi qu'aux directives administratives.

Dans sa réplique du 18 octobre 2010, la recourante a remis en cause d'une part l'examen clinique effectué, ainsi que certaines constatations de l'enquête économique sur le ménage, faisant valoir que la maladie dont elle souffre implique des empêchements plus importants

que ceux finalement retenus. S'agissant du point 6.2, elle soutient qu'elle ne participe que très modestement à la préparation des repas (préparation en position assise des fruits et légumes notamment). Quant aux points, 6.3 à 6.5, elle estime que l'invalidité retenue est insuffisante, dans la mesure où sa belle-fille assume l'entier des travaux quotidiens du ménage, alors qu'elle-même ne participe que modestement aux travaux faciles qu'elle peut réaliser. Elle demande dès lors l'audition de témoins, une nouvelle enquête ménagère ou une expertise.

Dans sa duplique du 4 novembre 2010, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté le 25 juin 2010, 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]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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

une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable

s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références; TF I 85/07 du 14 avril 2008 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles,

familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assurée qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

b) Il convient en l'occurrence de constater que le statut de l'assurée n'a pas réellement été tranché par l'enquêtrice dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 4 mars 2011, cette dernière utilisant le conditionnel dans le cadre de ses conclusions et procédant dans le même temps à l'évaluation des empêchements de l'assurée dans l'activité ménagère. En tout état de cause, il convient de constater que les difficultés financières dont a fait état l'assurée dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage, n'ont été que provisoires, puisque les époux ont à nouveau perçu les prestations complémentaires en novembre 2009. On ignore toutefois si elles ont été versées de manière rétroactive depuis le mois de janvier 2009. C'est dans ce contexte que l'enquêtrice a estimé que malgré le versement des prestations complémentaires, la situation financière du couple était difficile à gérer, raison pour laquelle "*le statut pourrait être 100 % active*". Il y a dès lors lieu de considérer que la situation économique ou financière du couple n'a pas subi de changement durable.

c) L'ensemble des circonstances précitées ne permet dès lors pas d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante usuel en droit des assurances sociales que, sans invalidité, la recourante aurait exercé une activité professionnelle à temps complet, ce d'autant moins qu'elle n'a jamais travaillé auparavant, même avant la naissance de son premier enfant en 1984, alors qu'elle était mariée depuis 1981. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a considéré l'assurée comme ménagère à 100 %, point qui n'est pas véritablement contesté par celle-ci dans son recours.

4. a) On examinera ici à titre subsidiaire la capacité de travail dans une activité professionnelle. La recourante conteste implicitement à cet égard, la valeur du rapport du 10 juillet 2009 du Dr T._____, sans toutefois se prononcer sur le contenu dudit rapport. Il est douteux qu'un tel reproche, qui n'est assorti d'aucune explication, constitue une argumentation suffisamment précise pour démontrer dans quelle mesure le rapport précité ne présente pas la valeur probante que l'intimé lui a conférée. Quoiqu'il en soit, il ne peut être fait aucun grief à cette évaluation dans la mesure où le Dr T._____ a abouti à des conclusions motivées, relatives à la capacité de travail de la recourante et aux limitations fonctionnelles pouvant interférer avec une activité ménagère ou une activité professionnelle, au terme d'un examen clinique détaillé, ainsi que d'une étude approfondie de l'anamnèse et des différents documents médicaux et radiologiques récoltés avant l'établissement de son rapport.

Il n'est ainsi pas contesté que l'intéressée présente une pathologie ostéoarticulaire sous la forme de rachialgies diffuses avec lombosciatalgies gauches dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis, ainsi que de troubles dégénératifs du rachis avec kyste de Tarlov et de syndrome rotulien bilatéral. Ces atteintes à la santé entraînent des limitations fonctionnelles qui concernent uniquement le rachis lombaire et les genoux (nécessité de pouvoir alterner 2 x par heure la position assise et la position debout, limitation au niveau du port de charge, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers), mais n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr T._____ a en outre retenu une incapacité de travail de 20 % dans l'activité ménagère, les limitations précitées étant pour la plupart respectées dans l'exercice d'une telle activité. On notera enfin que si les Drs S._____ (rapport médical du 16 avril 2009) et E._____ (rapport médical du 31 octobre 2008) ont mis en évidence une atteinte lombaire, ils n'ont pas retenu de diagnostic précis, ni motivé une quelconque incapacité de travail.

b) En tout état de cause, l'allégation de douleurs ne saurait suffire pour justifier une invalidité au vu des difficultés, en matière de preuve, à établir leur existence. Ainsi, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, de telles plaintes doivent être confirmées par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. En effet, le Dr T. _____ a exclu, sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, le diagnostic de fibromyalgie, seuls 8 des 18 points diagnostics étant retrouvés. Finalement, l'expert a retenu un syndrome douloureux diffus de l'hémicorps gauche sans substrat organique, précisant toutefois que ce diagnostic n'avait aucune influence sur la capacité de travail de l'assurée.

c) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et de 80 % dans l'activité ménagère.

5. La recourante conteste enfin la pondération de quatre champs relative à certaines tâches ménagères (6.2 à 6.5) retenue dans l'enquête économique, ainsi que l'appréciation de son incapacité d'effectuer l'ensemble des activités. Elle s'étonne du fait que le taux d'empêchement retenu (27.3 %) soit si bas, l'évaluation ne tenant pas suffisamment compte, selon elle, de l'aide importante apportée par sa belle-fille.

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. 2bis 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'impuissance 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. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6.2 et les références citées).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants (TF 9C_406/2008 du

22 juillet 2008 consid. 4.2; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

c) In casu, il y a lieu de considérer que l'argumentation de la recourante ne permet en aucun cas d'admettre que le taux global d'invalidité ménagère retenu par l'intimé aurait dû être plus élevé. Sur le plan strictement fonctionnel, les limitations décrites par le Dr T. _____ peuvent de prime abord sembler importantes, mais elles représentent en fait les mesures classiques d'épargne en vue d'éviter les douleurs provoquées par les pathologies susmentionnées, les limitations précitées étant pour la plupart respectées dans l'exercice d'une telle activité (rapport du 10 juillet 2009, p.5). Compte tenu d'une incapacité de travail de 20 % mise en évidence par le Dr T. _____ dans l'activité ménagère, on ne saurait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les atteintes au rachis et aux genoux présentées par la recourante sont d'une intensité telle qu'elles entraînent, globalement, une incapacité de travail - et de gain - de 40 % ou plus, ouvrant droit à une rente. Au contraire, la nature des atteintes dont souffre la recourante ne permet pas d'expliquer objectivement la différence entre le taux d'incapacité de travail médicalement établi (20 %) et le taux global d'invalidité ménagère (27.3 %), qui ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage du 9 mars 2010 et qui s'avère dès lors favorable à l'assurée. Si la douleur, voire la fatigue peuvent induire chez l'assurée un certain ralentissement, celles-ci peuvent être compensées par une meilleure répartition des tâches au cours de la journée et de la semaine. Contrairement à ce que soutient la recourante, une telle façon de voir les choses est conforme en tous points à la jurisprudence. Ainsi, au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail appropriée, de répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et

de demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (TF 9C_328/2009 du 8 septembre 2009, consid. 3.3.2, ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 et les références).

6. a) Par conséquent, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les critiques développées par la recourante à l'appui de son recours ne lui permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. Le dossier s'avère ainsi complet pour statuer sur la demande de rente, de sorte que le complément d'instruction (audition de témoins, expertise médicale et enquête économique sur le ménage) que sollicite la recourante est superflu et ne sera pas ordonné. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 27 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs) sont mis à la charge de la recourante.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- L. _____ (recourante), à [...],
- 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 :