

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

W._____, à (...), recourante,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a travaillé pour le compte de la [...], à raison de 47,5% comme nettoyeuse depuis 2001, et de 32,5% comme aide de maison depuis 2008. Elle a présenté une incapacité de travail totale du 23 novembre 2012 au 21 avril 2013, puis de 50% dès le 22 avril 2013. A l'appui de sa demande de prestations du 26 juin 2013 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée), elle a fait état de douleurs dorsales, aux genoux, au pied gauche et de crampes dans les deux mollets, les atteintes existant depuis six à sept ans.

A la demande de l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lui a notamment communiqué le 2 juillet 2013 son rapport du 22 mai 2013 au médecin traitant de l'assurée, le Dr A._____, selon lequel l'évolution du pied [gauche] était favorable avec son support plantaire, avec disparition des douleurs. Pour le Dr D._____, l'assurée avait repris le travail le 6 mai 2013 à 100% et le cas était considéré comme terminé. Le Dr D._____ a encore relevé dans son rapport à l'OAI du 2 mai 2013 que sur le plan orthopédique et pour la problématique pour laquelle l'assurée lui avait été adressée, la capacité de travail était totale dès le 6 mai 2013.

Le 12 juillet 2013, la [...] a indiqué que l'assurée œuvrait pour son compte depuis le 1^{er} mars 2008 à raison de 13 heures par semaine comme aide de maison, au taux de 32,5%, pour un salaire mensuel de 1'785 fr. 55, respectivement de 21'426 fr. 75 par an.

Le 23 août 2013, la [...] a fait savoir à l'OAI que l'assurée travaillait également pour son compte au taux de 47,5% depuis le 1^{er} septembre 2001 comme nettoyeuse, pour un salaire mensuel de 2'476 fr. 15, respectivement de 29'713 fr. 65 par an.

L'IRM des deux genoux du 5 septembre 2013 montrait d'importants infarctus fémoro-tibiaux des ddc [des deux côtés], faisant suspecter une pathologie hématologique sous-jacente. Du côté gauche était notée la présence d'une importante tendinite de la patte d'oie. Du côté droit, il était fait mention d'une exostose tibiale externe induisant un conflit avec la bandelette ilio-tibiale (tendon distal du vaste externe).

Le Dr A. _____ a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail dans son rapport du 8 octobre 2013 une ostéonécrose fémoro-tibiale étendue d'origine indéterminée et un trouble anxio-dépressif. L'incapacité de travail était entière dans l'activité de nettoyeuse, et l'on ne pouvait actuellement pas s'attendre à une reprise d'activité professionnelle.

Dans son rapport au Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 8 novembre 2013, la Dresse V. _____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics d'infarctus fémoro-tibio-bilatéraux, de status après nécrose de type Freiberg des IIème et IIIème métatarsiens gauches et de tabagisme.

Le 16 décembre 2013, le Dr B. _____ a adressé l'assurée à la consultation d'orthopédie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), en indiquant que celle-ci présentait un infarctus fémoro-tibial bilatéral et des gonalgies bilatérales depuis le début 2013 actuellement invalidantes, une IRM des deux genoux effectuée le 5 septembre 2013 relevant les altérations précitées. Le Dr B. _____ précisait qu'un examen rhumatologique avait été effectué par la Dresse V. _____, selon laquelle il n'y avait pas d'argument pour une problématique rhumatologique de type inflammatoire.

Dans son rapport du 14 février 2014 au Dr A. _____, le Dr O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué des infarctus osseux fémoro-tibiaux ddc d'origine indéterminée, une ostéoarthropathie inflammatoire de la 3^{ème} métatarsophalangienne avec lésion sous-chondrale de la tête métatarsienne, atteinte de type ostéo-

chondromateuse de Freiberg, ainsi qu'une atteinte similaire MTP 2^{ème} rayon. Il recommandait que l'assurée soit adressée au service de rhumatologie pour avis et prise en charge multidisciplinaire.

Le 15 mai 2014, le Dr B. _____ n'a pas posé de diagnostics, mais renvoyé au médecin traitant. Il a pour le surplus constaté chez l'assurée des douleurs à la mobilisation des deux genoux, estimant la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, et précisant que la patiente était actuellement suivie au CHUV.

Selon le rapport de pulsoxymétrie du 19 mai 20 [...] , spécialiste en médecine interne et pneumologie et [...], spécialiste en médecine interne et cardiologie, l'assurée présentait un syndrome léger d'apnée/hypopnée du sommeil. Les troubles subjectifs de la patiente la journée et la nuit pouvaient être expliqués avec les résultats obtenus.

Le 2 septembre 2014, le Dr A. _____ a indiqué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) que l'état de sa patiente ne présentait aucune amélioration, et a fait état de la persistance de l'impotence fonctionnelle, des douleurs et des troubles anxieux. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle. Le Dr A. _____ renvoyait pour le surplus aux spécialistes concernés s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 8 novembre 2014, la Dresse P. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre un examen rhumato-psychiatrique afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée et connaître ses limitations fonctionnelles.

Le 23 janvier 2015, l'assurée a subi un RX [rayons X] du bassin, des genoux et des pieds. Les conclusions du rapport du Dr [...], spécialiste en radiologie, sont les suivantes :

« Bassin : discrète irrégularité sous-chondrale de la région périphérique des toits acétabulaires, témoignant de discrètes altérations dégénératives. Absence de visualisation de la plus grande partie de l'articulation sacro-iliaque droite et de la totalité de

l'articulation sacro-iliaque gauche, en relation avec une ankylose (cf. description).

Genoux : atténuation hétérogène de la texture osseuse péri-articulaire en relation avec les infarctus osseux connus. L'évolution de ces derniers par rapport à l'IRM est difficile en raison de l'aspect mal délimité des zones d'infarctus sur la radiographie de ce jour.

Pieds : aplatissement de l'extrémité distale des 2^{ème} et 3^{ème} métatarsiens, en relation avec des séquelles d'ostéochondrose, sans altération de la spongieuses adjacente. »

L'assurée a été examinée le 9 janvier 2015 par le Dr R._____, et le 15 janvier 2015 par la Dresse I._____, du SMR.

Dans leur rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 28 janvier 2015, ces médecins ont posé les diagnostics suivants :

- « avec répercussion durable sur la capacité de travail
- INFARCTUS OSSEUX ÉTENDUS AU NIVEAU DES CONDYLES FÉMORAUX ET DES PLATEAUX TIBIAUX. M87.3
- GONARTHROSE DÉBUTANTE COMPARTIMENT INTERNE DROIT. sans répercussion sur la capacité de travail
- STATUS POST INFARCTUS OSSEUX DES TÊTES DES 2ÈME ET 3ÈME MÉTATARSIENS GAUCHES ET VRAISEMBLABLE DROITS.
- TROUBLE MIXTE DE LA PERSONNALITÉ AVEC DES TRAITS ÉMOTIONNELLEMENT LABILES ET DÉPENDANTS, NON DÉCOMPENSÉ F61.
- TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT LIÉS À L'UTILISATION D'ALCOOL, UTILISATION CONTINUE F10.25.
- CONSOMMATION DE CANNABIS Z72.2 ».

Les Drs R._____ et I._____ ont par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« [...]

Le dérouillage matinal prolongé d'une heure et demie annoncé par l'assurée, est discordant avec les douleurs mécaniques des membres inférieurs, apparaissant si l'assurée marche, des douleurs annoncées comme peu importantes si elle est couchée.

L'assurée n'a pas revu d'orthopédiste depuis février 2014. Une consultation de rhumatologie a été demandée au CHUV, l'assurée n'a pas reçu pour l'instant de convocation. On rappellera que l'assurée avait été vue à deux reprises par la Dresse V._____, rhumatologue installée en ville de [...] (le 14.10.2013 et le 08.11.2013); cette dernière avait exclu un rhumatisme inflammatoire. Ce jour, l'assurée ne se plaint pas de douleurs aussi diffuses que dans la dernière consultation d'orthopédie; aux membres supérieurs, elle décrit des douleurs intermittentes mais

très vives au niveau de la main droite, plus précisément au niveau du 2ème métacarpien et de la base du pouce, sous forme de secousses électriques.

Par rapport à l'étiologie des infarctus osseux, l'assurée nous renseigne avoir une consommation augmentée d'alcool de longue date ; en 2006 elle consommait une bouteille de vin par jour, actuellement elle annonce consommer 4 verres de vin par jour. La consommation est nettement supérieure à celle décrite dans la lettre de sortie des urgences du 06.09.2013 (une bière par jour, du rosé occasionnellement).

L'assurée annonce être capable de marcher une heure mais doit s'arrêter toutes les 10 minutes, elle doit prendre deux cannes à l'extérieur, elle porte quotidiennement une genouillère ddc. Elle a l'impression d'avoir une instabilité du côté droit.

L'examen clinique montre une femme de 50 ans, avec un état de santé général que nous qualifions de moyen. Nous sommes frappés d'entrée par une assurée ayant un trémor d'intention aux membres supérieurs. L'examen évoque une consommation augmentée d'alcool avec un érythème facial, un trémor d'intention des membres supérieurs, un trémor d'attitude des membres supérieurs et des membres inférieurs, un élargissement du polygone de sustentation à la marche, une légère dysmétrie à l'épreuve index/nez, une manœuvre de Romberg instable. L'examen neurologique est compatible avec une polyneuropathie sensitive des 4 membres ; il n'y a pas de syndrome cérébelleux. L'abdomen est proéminent, le foie ne paraît pas agrandi.

Il n'y a pas de déficit neurologique en relation avec une atteinte dégénérative du rachis lombaire, nous n'avons pas de syndrome du tunnel carpien expliquant les paresthésies nocturnes ressenties par l'assurée.

Au niveau ostéoarticulaire, nous n'avons pas d'élément orientant vers un rhumatisme inflammatoire. L'examen des genoux est surtout marqué par des douleurs à la palpation, avec une mobilité conservée, l'absence d'épanchement, l'absence d'amyotrophie, les tests méniscaux et les tests de stabilité sont sp ; nous avons un rabet rotulien à droite. Notre examen des genoux n'explique pas les troubles de la marche constatés en station debout. On rappellera que le dernier examen orthopédique à disposition, réalisé par le Dr O. _____ le 14.02.2014, est également peu inquiétant avec une mobilité complète des genoux, seulement douloureuse en fin d'amplitude, l'absence d'épanchement, l'absence de laxité, le Dr O. _____ n'avait pas de surcharge fémoro-patellaire ; il décrivait des douleurs des genoux diffuses essentiellement à la marche. Nous n'avons pas d'analyse détaillée de la marche, lors de sa consultation permettant de comparer le tableau clinique avec celui de ce jour.

Au niveau des pieds, l'assurée n'a pas d'inflammation, elle a des douleurs diffuses à la palpation au niveau des avant-pieds, des deux côtés. Cet élément est discordant avec l'évolution clinique décrite par le Dr D. _____ qui retenait en phase aiguë une petite tuméfaction en regard des têtes métatarsiennes 3 et 4 gauches avec une 3^{ème} articulation électivement douloureuse.

Ultérieurement, le 22.05.2013, le Dr D._____ décrivait une évolution favorable avec l'utilisation d'un support plantaire avec disparition des douleurs. Le diagnostic différentiel actuel est soit une récurrence d'ostéonécrose aseptique ou une amplification des symptômes.

L'assurée se déplace avec une démarche très particulière, elle décharge partiellement les deux membres inférieurs avec deux cannes anglaises ; lorsqu'elle est à pieds nus et sans cannes, l'assurée talonne, elle a une légère boiterie gauche, et un élargissement du polygone de sustentation (les pieds sont écartés). L'écartement des membres inférieurs évoque une polyneuropathie sensitive, la décharge et l'importante difficulté à dérouler le pas sont liées soit à une aggravation de la situation au niveau orthopédique, soit à une amplification des symptômes.

Il n'y a pas de polyinsertionite associée.

Au niveau du rachis, nous avons un relâchement de la sangle abdominale, l'assurée se tient en légère flexion du tronc, elle n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité du rachis lombaire est complète dans toutes les directions, il n'y a pas de syndrome rachidien, pas de sciatgie irritative.

L'assurée vient avec seul document radiologique son IRM des genoux du 05.09.2013, effectué en phase aiguë. Cet examen confirme la présence d'importants infarctus fémoro-tibiaux bilatéraux, encore partiellement en phase inflammatoire. Il n'y a pas d'atteinte ligamentaire pouvant expliquer l'instabilité ressentie par l'assurée, d'ailleurs cette instabilité n'est pas reproduite à l'examen ostéoarticulaire. Les dernières radiographies réalisées par le Dr O._____, le 10.02.2014, ne montrent pas de troubles dégénératifs secondaires. N'ayant pas de nouveaux clichés depuis bientôt un an, nous demandons un bilan standard au niveau des genoux et au niveau des pieds, le but est de voir s'il persiste des lacunes à l'endroit où siégeaient les infarctus et préciser s'il existe des troubles dégénératifs secondaires, voire d'autres infarctus osseux.

Les clichés réalisés le 23.01.2015 montrent une gonarthrose débutante du compartiment interne du genou droit, un léger aplatissement des têtes des métatarsiens 2-3 gauches, comme séquelles des anciens infarctus. En regardant attentivement il existe également un léger aplatissement des têtes des métatarsiens 2-3 gauches compatibles avec des anciens infarctus. Il n'y a pas de troubles dégénératifs secondaires au niveau des pieds, pas de signe d'infarctus osseux au niveau des hanches. Nous n'avons pas d'explication aux douleurs diffuses des avant-pieds ressenties par l'assurée à la palpation.

Nous n'avons pas de radiographies du rachis lombaires à disposition, les plaintes et l'examen clinique ne le justifient pas, nous concluons pour des lombalgies communes ne justifiant pas de limitations fonctionnelles durables. Les articulations sacro-iliaques sont mal définies sur la radiographie du bassin du 23.1.2015 ; au vu de l'anamnèse et de l'examen clinique nous retenons un problème

d'incidence, il n'y a pas d'éléments cliniques orientant vers une spondylarthropathie.

En conclusion, l'atteinte à la santé principale présentée par l'assurée est très vraisemblablement une dépendance à l'alcool ayant entraîné des infarctus osseux et polyneuropathie. L'atteinte ostéoarticulaire justifie des limitations fonctionnelles d'ordre locomoteur mais pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. L'assurée avait été vue il y a plusieurs années par un neurologue à [...], elle ne se rappelle plus de son nom. Nous avons transmis à l'assurée qu'il y avait lieu qu'elle soit revue par son neurologue afin d'avoir un deuxième avis sur ses difficultés à la marche et par rapport aux douleurs de ses membres inférieurs. Cette consultation neurologique est exigible.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assurée est confrontée à ses difficultés actuelles sont discrets et ne nous permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles et dépendants, non décompensé et sans incidence sur la capacité de travail. Relevons que le terme décompensation est tiré du vocabulaire de la médecine organique pour désigner des maladies ou troubles qui peuvent être pendant un certain temps compensés : c'est-à-dire qu'ils existent potentiellement mais que leurs conséquences néfastes n'apparaissent pas du fait de défenses, de ressources qui les équilibrent. Quand cet équilibre est rompu, le trouble va se manifester, il ne sera plus compensé par autre chose et la maladie sera dite décompensée.

Nous avons retenu également le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) de longue date, et sans incidence sur la capacité de travail. L'alcoolisme chronique n'est pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable. Il s'agit d'un alcoolisme primaire.

Anamnesticquement, « depuis deux mois seulement », l'assurée présente également une consommation de cannabis.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

Limitations fonctionnelles

Atteintes ostéoarticulaires des membres inférieures : pas de marche sans s'arrêter au-delà de 500 mètres, pas montée/descente d'escaliers ; pas position debout prolongée au-delà de 10 minutes, assise au-delà d'une heure ; absence de port de charges.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles à caractère incapacitant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'assurée présente un premier épisode d'incapacité de travail totale limité dans le temps en relation avec l'ostéonécrose des têtes des métatarsiens gauches nécessitant un suivi par le Dr D._____. Incapacité totale dès le 23.11.2012 au 21.04.2013, reprise à 50% dans l'activité habituelle le 22.04.2013 (cf rapport d'entretien AI du 19.06.2013). Dans son courrier du 22.05.2013, le Dr D._____ confirme une reprise du travail à 100 % à partir du 6.05.2013. Dès lors, nous retenons une incapacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 06.05.2013 en s'appuyant sur l'évolution favorable de l'atteinte osseuse des métatarsiens gauches, décrite par l'orthopédiste traitant.

Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est totale dans l'activité habituelle à partir du 05.09.2013, s'appuyant sur l'IRM des genoux mettant en évidence des infarctus osseux bilatéraux symptomatiques. L'assurée a une nette exacerbation de la symptomatologie 4 jours avant la visite aux urgences du 06.09.2013. Depuis lors, l'incapacité de travail reste totale dans l'activité d'employée d'entretien ; les infarctus étendus étant un facteur favorisant la survenue d'une gonarthrose précoce ; les clichés rx du 23.1.15 montrent une gonarthrose débutante du compartiment interne droit.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans une activité adaptée, en s'appuyant uniquement sur la problématique ostéoarticulaire. Par rapport à la date d'exigibilité, nous retenons la date de la consultation du Dr O._____ du 10.02.2014. Lors de cette consultation, le Dr O._____ ne retient pas d'indication à la pose d'une prothèse, il ne propose pas de modification de la prise en charge au niveau des genoux. La consultation attendue auprès du service de rhumatologie avait déjà été fait auprès de la Dresse V._____ en octobre et novembre 2013 ; elle avait exclu un rhumatisme inflammatoire.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE D'EMPLOYÉE D'ENTRETIEN : 0 %

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100 %

DEPUIS LE : 10.02.2014. »

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 20 février 2015, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps depuis son divorce (en 2005) comme femme de ménage.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 8 mai 2015 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a proposé un statut d'active à 80% et ménagère à 20%, dans la mesure où l'intéressée n'avait pas cherché à faire des offres d'emploi ailleurs qu'à la [...], et s'était contentée d'un 80% qui, selon ses dires, lui convenait bien finalement. Sur la part ménagère, les incapacités ont été évaluées à 42,4%.

Le 2 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente, sur la base des constatations suivantes :

« Sur la base des éléments contenus au dossier, vous travaillez pour le compte de la [...], en tant que nettoyeuse, à un taux de 47.5 %, au collège de [...], depuis septembre 2001, et en parallèle, en qualité d'aide de maison, à un taux de 32.5 %, à l'Accueil de jour de l'enfance [...], depuis mars 2008.

Selon nos observations, vous continuez à exercer vos activités ci-dessus à 80% sans problèmes de santé. Les 20 % restants correspondent à vos travaux habituels. L'évaluation des empêchements ménagers s'élève à 42.40 %.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté les incapacités de travail suivantes :

100% 23.11.2012 01.12.2012
100% 03.12.2012 05.01.2013
100% 09.01.2013 03.03.2013
100% 06.03.2013 21.04.2013
50 % 22.04.2013 05.05.2013

Selon les renseignements médicaux en notre possession, à partir du 6 mai 2015, la capacité de travail est à nouveau entière dans vos activités habituelles. Par la suite, une nouvelle incapacité de travail (IRM des genoux) est totale à partir du 5 septembre 2013 (début du délai d'attente d'un an).

En vertu de l'article 29ter RAI, une interruption du délai d'attente survient lorsqu'une reprise de l'activité, au taux habituel, a pu être constatée durant 30 jours au moins. Lorsqu'une incapacité de travail se réalise après cette échéance, un nouveau délai d'attente d'une année doit être calculé, depuis la survenance du dernier événement assuré.

Du point de vue médical, l'exercice d'une activité légère ne nécessitant pas de marche sans s'arrêter au-delà de 500 mètres, pas de montée/descente d'escaliers, pas de position debout prolongée au-delà de dix minutes, assise au-delà d'une heure, pas de port de charge, peut être raisonnablement attendu de vous à 100 % à partir du 10 février 2014 (par exemple, dans le domaine de la production ou des services) et vous permettrait de gagner CHF 37'595.24 par an.

Si vous n'aviez pas de problèmes de santé, vous pourriez obtenir, en 2014, en exerçant vos activités de nettoyeuse à 47.5 % et aide de maison à 32.5% et compte tenu de l'évolution des salaires, un revenu annuel de CHF 51'910.33, selon rapports employeurs des 12.07. et 23.08.2013, lesquels revenus sont indexés à 2014.

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'112.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'286.76 (CHF 4'112.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'441.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+ 0.70 % + 0.80 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'215.62 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 80 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 41'772.49 par année.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 37'595.24.

Afin de déterminer le préjudice économique le revenu invalide ci-dessus doit être comparé aux revenus sans invalidité, soit CHF 51'910.33.

Comparaisons des revenus :

sans invalidité	CHF	51'910.33
avec invalidité	CHF	37'595.24

La perte de gain s'élève à CHF 14'315.09 = un degré d'invalidité de 27.58 %

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (part active et part ménagère) est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80.00 %	27.58 %	22.06 %
Ménagère	20.00 %	42.40 %	8.48 %

Degré d'invalidité 30.55
Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. »

Le 25 juin 2015, l'assurée a indiqué avoir été en incapacité de travail depuis le 23 novembre 2012, et avoir été licenciée au 30 juin 2014. Elle en déduisait qu'elle ne pouvait plus travailler dès le 1^{er} juillet 2014 à cause de ses problèmes de santé et demandait que sa situation soit réévaluée. Le Dr A. _____ s'est quant à lui adressé directement à l'OAI par fax du 1^{er} juillet 2015, expliquant que sa patiente était en incapacité de travail totale depuis septembre 2013, et ne pouvait se déplacer qu'à l'aide de béquilles et avec un traitement médicamenteux pour la soulager (nécrose osseuse).

Le 29 juillet 2015, l'assurée a encore adressé à l'OAI un rapport du 30 juin 2015 du Dr F. _____, spécialiste en rhumatologie, selon lequel un avis universitaire était indispensable en regard de la symptomatologie qui perdurait depuis 2013. Elle a également joint une copie de sa convocation du 7 septembre 2015 au Service de rhumatologie du CHUV.

Le 3 août 2015, l'OAI a imparti à l'assuré un ultime délai au 30 septembre 2015 pour lui faire parvenir des éléments rendant plausible la modification de sa prise de position.

Par décision du 19 octobre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision du 2 juin 2015. Il a joint une correspondance du même jour selon laquelle la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 12 novembre 2015, W. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a fait valoir que la décision du 19 octobre 2015 était à ses yeux totalement injustifiée, expliquant avoir eu un dernier

rendez-vous au CHUV le 9 novembre 2015. Avec son recours, elle a notamment produit les pièces suivantes :

- Un rapport du Dr J. _____ du Service des urgences du CHUV, où elle avait séjourné du 6 au 7 septembre 2013, faisant état d'ostéonécroses étendues fémoro-tibiales des deux côtés ;
- Un rapport du 15 septembre 2015 des Dresses Q. _____ et [...] du Service de rhumatologie du CHUV, selon lequel elle présentait des ostéonécroses multiples dont l'étiologie n'était pas encore claire. Une ostéoporose était envisagée, qui, en cas de confirmation, serait traitée par biphosphonate pour la prise en charge des douleurs d'ostéonécrose. A l'examen clinique neurologique, des éléments parlaient en faveur d'un syndrome tétrapyramidal, le soin étant laissé au Dr A. _____ d'adresser sa patiente à la consultation de neurologie ;
- Un rapport non daté de densitométrie osseuse de la Dresse [...], médecin assistante au Service de rhumatologie du CHUV, selon lequel la mesure de la densitométrie osseuse mettait en évidence une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire selon les critères de l'OMS, la mesure de TBS montrant un état partiellement dégradé de la microarchitecture osseuse au niveau de la colonne lombaire, et l'examen de la colonne dorso-lombaire de profil par IVA permettant de mettre en évidence des fractures vertébrales ;
- Un rapport du 12 juin 2015 de radiographie de la cheville droite, de la Dresse [...], spécialiste en radiologie, à la teneur suivante : « *Pas de fracture objectivable. Discrète tuméfaction des parties molles. Structure osseuse globalement sans particularité, raison pour laquelle cet examen devrait être complété par une IRM à la recherche d'un œdème osseux versus fracture, non objectivable sur la radiographie* » ;
- Un rapport d'IRM de la cheville droite du 18 juin 2015 du Dr [...], spécialiste en radiologie, qui a conclu à la présence d'un œdème du fléchisseur du gros orteil, touchant la partie

distale de ce muscle, d'importance modérée, sans autre lésion appréciable.

Dans sa réponse du 25 janvier 2016, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 18 janvier 2016 qu'il a produit. Pour le surplus, il a sollicité que soit produit le rapport de la consultation de neurologie, afin de pouvoir se déterminer en toute connaissance de cause. Selon le rapport de la Dresse P._____ du SMR du 18 janvier 2016, le rapport de consultation de rhumatologie du CHUV du 15 septembre 2015 faisait état d'un examen clinique rassurant, ne mettant pas en évidence de limitations fonctionnelles. Les investigations rhumatologiques avaient permis de confirmer une ostéoporose et de proposer un traitement afin de soulager l'assurée. L'ostéoporose n'était en soi pas une atteinte incapacitante, mais augmentait les risques de fractures spontanées ou lors de chute. Pour la Dresse P._____, les résultats de l'examen rhumatologique n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la capacité de travail dans une activité adaptée.

Les 5 février et 4 mai 2016, la juge instructrice a invité le Dr A._____ à produire le rapport de la consultation ambulatoire de neurologie.

Le rapport du 24 mars 2016 de la Consultation spécialisée de neuro-immunologie a été produit le 18 mai 2016. Le diagnostic principal était celui de syndrome douloureux chronique et de discret syndrome tétrapyramidal à la prédominance gauche en investigation. L'IRM cérébro-médullaire effectuée le 18 mars 2016 était dans la norme, et le bilan biologique étiologique large effectué avait permis d'exclure une cause infectieuse ou immunologique.

L'OAI s'est déterminé le 6 juin 2016 sur le rapport du CHUV du 24 mars 2016. Il a relevé en se référant à un avis du SMR du 2 juin 2016 que ledit rapport n'apporta pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions du rapport du SMR du 6 février 2015 (capacité de travail entière dans une activité adaptée). Pour le

surplus, l'intimé a constaté que l'assurée, qui vivait seule dans un appartement de 2 pièces et avait travaillé à 80% avant l'atteinte à la santé, aurait exercé, sans atteinte à la santé, une activité lucrative à 80% et que le degré d'invalidité était dès lors de 22% (27,58% x 80%), et non de 30,55% ; l'OAI s'est référé à l'arrêt 9C_178/2015 du 4 mai 2016 [publié aux ATF 142 V 290]. Il a encore relevé une erreur de frappe dans la décision attaquée : il aurait dû indiquer « à partir du 6 mai 2013 », et non « à partir du 6 mai 2015, la capacité de travail est à nouveau entière dans vos activités habituelles ». Dans son avis SMR du 2 juin 2016, la Dresse P._____ a relevé que la description clinique faite dans le rapport de la consultation de neurologie du CHUV était superposable à celle décrite dans les précédents rapports : le statut neurologique présentait des anomalies (décrites dans les précédents rapports) qui faisaient suspecter une myélopathie cervicale, raison pour laquelle une IRM cérébro-médullaires avait été effectuée le 18 mars 2016. Cet examen était revenu normal.

La recourante ne s'est pas déterminée dans le délai imparti à cet effet sur l'écriture de l'intimé.

A la requête du juge instructeur, le Dr A._____ a indiqué par rapport du 8 août 2017 que la ponction lombaire prévue à la suite de la consultation dans le Service de neuro-immunologie du CHUV n'avait jamais eu lieu.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être

déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) L'objet du litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité et porte plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles

(art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

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

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) 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 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale

(consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 p. 471).

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de nettoyeuse et d'aide de maison.

a) Sous l'angle somatique, la Cour de céans constate que la recourante présente des infarctus osseux étendus au niveau des condyles fémoraux et des plateaux tibiaux. Ce diagnostic, qui a une répercussion durable sur la capacité de travail (cf. rapport bi-disciplinaire du SMR du 28 janvier 2015), a été posé le 7 septembre 2013 par le Dr J._____ du Service des Urgences du CHUV, à la suite de l'IRM du 5 septembre 2013 réalisée par le Dr [...] montrant d'importants infarctus fémoro-tibiaux ddc. Le Dr A._____ a lui aussi posé ce diagnostic somatique dans son rapport à l'OAI du 8 octobre 2013, estimant l'incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse, ce qu'il a maintenu par rapports des 2 septembre 2014 et 1^{er} juillet 2015.

Cette atteinte a fait l'objet d'investigations aux plans orthopédique, rhumatologique et neurologique.

Ainsi, au plan orthopédique, le Dr B._____ a posé les diagnostics d'infarctus fémoro-tibial bilatéral et de gonalgies bilatérales (cf. rapport du 16 décembre 2013). Le 15 mai 2014, il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, et a fait état de

douleurs à la mobiO._____ ne s'est pas non plus prononcé sur la capacité de travail, mais a lui aussi diagnostiqué des infarctus osseux fémoro-tibiaux ddc d'origine indéterminée, ainsi qu'une atteinte des IIème et IIIème métatarsiens (cf. rapport du 14 février 2014), recommandant que la patiente soit adressée au service de rhumatologie.

Au plan rhumatologique, la Dresse V._____ a elle aussi posé les diagnostics d'infarctus fémoro-tibio-bilatéraux, ainsi que celui de status après nécrose de type Freiberg des IIème et IIIème métatarsiens gauches. Elle a en outre estimé qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une problématique de type inflammatoire (cf. rapport du 8 novembre 2013 de la Dresse V._____ et du 16 décembre 2013 du Dr B._____). Dans le cadre de nouvelles investigations auprès du Service de rhumatologie du CHUV, il a été posé que l'assurée présentait une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire (cf. rapport de densitométrie osseuse de la Dresse [...] et des Dresse Q._____ [...] du 15 septembre 2015). Or les Dresses Q._____ et [...] ont noté que l'ostéoporose serait traitée par biphosphonate pour la prise en charge des douleurs d'ostéonécrose. Il convient à cet égard de constater avec la Dresse P._____ du SMR que l'ostéoporose n'est pas en soi une atteinte incapacitante, que l'examen clinique est rassurant, et ne met pas en évidence de limitations fonctionnelles (cf. avis du 18 janvier 2016).

Enfin, au plan neurologique, dans la mesure où des éléments parlaient selon les Dresses Q._____ et [...] en faveur d'un syndrome tétrapyramidal, des examens complémentaires ont été effectués. Or l'IRM cérébro-médullaire effectuée le 18 mars 2016 s'est révélée dans la norme, et le bilan biologique étiologique large effectué a permis d'exclure une cause infectieuse ou immunologique.

Il résulte de ce qui précède que depuis l'examen bi-disciplinaire mis en œuvre au SMR, l'assurée n'a pas présenté de nouvelles atteintes. Celles-ci ont certes fait l'objet de nouvelles investigations, qui ont permis de mettre en évidence qu'elle présente une ostéoporose - atteinte en soi non incapacitante -, mais la situation de

l'assurée est demeurée superposable à celle qui prévalait lorsqu'elle a été examinée par les Drs R. _____ et I. _____. A cet égard, ces médecins, comme l'ensemble des autres médecins, ont constaté que la recourante présentait des infarctus osseux étendus au niveau des condyles fémoraux et des plateaux tibiaux, cette atteinte se répercutant sur la capacité de travail. Ils ont ainsi estimé qu'en raison de cette atteinte, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle à partir du 5 septembre 2013, en s'appuyant sur l'IRM des genoux mettant en évidence des infarctus osseux bilatéraux symptomatiques. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre locomoteur (pas de marche sans s'arrêter au-delà de 500 mètres, pas de montée/descente d'escaliers ; pas de position debout prolongée au-delà de 10 minutes, assise au-delà d'une heure ; absence de port de charges), il n'y avait pas de baisse de la capacité de travail, et ce depuis le 10 février 2014, soit la date de la consultation du Dr O. _____ lors de laquelle il n'a pas proposé de modification de la prise en charge au niveau des genoux.

Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation du SMR dans son rapport du 28 janvier 2015. Celle-ci repose en effet sur une prise en considération des pièces du dossier, un examen complet de l'assurée, de son anamnèse, et prend acte de ses plaintes. Les conclusions qui y sont posées sont claires et dénuées de contradictions. L'examen a au demeurant été complété par des rayons X du bassin, des genoux et des pieds. Il répond donc aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître valeur probante. Il y a ainsi lieu de retenir que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, savoir toutes les activités légères dans le domaine de la production et des services.

b) Sous l'angle psychiatrique, il y a encore lieu de relever que le DrA. _____ a fait état le 8 octobre 2013 d'un état anxio-dépressif chez l'assurée.

Or selon les éléments au dossier, la recourante ne fait pas l'objet d'un suivi au plan psychologique, ni n'a consulté un psychiatre. Du

reste, seul le Dr A._____, qui n'est pas psychiatre, a évoqué un état anxio-dépressif chez sa patiente. L'examen mis en œuvre au SMR n'a montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni attaque de panique, ni trouble phobique, ni état de stress post-traumatique, ni trouble obsessionnel compulsif, ni trouble dissociatif, ni perturbation de l'environnement psychosocial, ni syndrome douloureux somatoforme persistant, ni majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. La Dresse I._____ a noté que les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assurée est confrontée à ses difficultés sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. C'est ainsi un diagnostic de trouble mixte de la personnalité à traits émotionnellement labiles et dépendants, non décompensé et sans incidence sur la capacité de travail qui a été retenu, ainsi que celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) de longue date, également sans incidence sur la capacité de travail. La Dresse I._____ a bien précisé que l'alcoolisme chronique n'était pas la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, ni à l'origine d'une atteinte à la santé physique ou mentale importante et durable, et qu'il s'agissait d'un alcoolisme primaire.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, il n'y a aucun argument conduisant à écarter l'appréciation du SMR du 28 janvier 2015, selon laquelle l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant, la capacité de travail exigible étant de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

6. En réplique, l'intimé a expliqué qu'en réalité, le degré d'invalidité de l'assurée n'était pas de 30,55% comme indiqué dans la décision querellée, mais de 22%. L'intimé s'est référé à un arrêt publié aux ATF 142 V 290 relatif à l'évaluation de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel sans consacrer leur temps libre à l'accomplissement de travaux habituels.

En l'occurrence, la recourante, qui vit dans un appartement de deux pièces (cf. enquête ménagère), a indiqué sur le formulaire idoine qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% pour des raisons financières. Cette dernière travaille toutefois depuis 2008 au taux de 80% pour le compte de la commune de [...] ; elle a admis dans le cadre de l'enquête ménagère s'être contentée de ce 80%, qui lui convenait finalement bien. Or le fait qu'une partie non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte - sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisir sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7). Il a ainsi été jugé qu'un assuré qui avait réduit son taux d'activité « uniquement pour pouvoir pratiquer du sport et non pour vaquer à ses activités ménagères » devait se voir appliquer la méthode générale de comparaison des revenus, et non la méthode mixte (TF 9C_432/2016 du 10 février 2017). Le cas de l'assurée se distingue toutefois de l'affaire précitée. S'il est exact qu'elle a admis ne pas avoir cherché d'emploi en dehors de la ville de [...], elle n'a jamais déclaré avoir intentionnellement maintenu son taux d'activité à 80% pour se consacrer à des activités de loisir. L'utilisation de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité telle que retenue dans le cadre de la décision attaquée n'est ainsi pas critiquable et doit être confirmée. Pour le surplus, les revenus avec et sans invalidité, et le taux d'incapacité sur la part ménagère, ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent également être confirmés. Le taux d'invalidité fixé à 30,55% doit dès lors être confirmé. Inférieur à 40%, il n'ouvre cependant pas de droit à la rente.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, au demeurant non assistée et qui n'obtient pas gain de cause, n'a e pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 19 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'W._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W._____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :