

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2017

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu, juge et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à **W.**_____, recourante, représentée par Me Gautier Lang,
avocat à Auvernier,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, sans formation professionnelle, a œuvré comme concierge à 40% pour la commune de W._____ et à 20% dans son immeuble. A cela s'ajoutaient des travaux de ménage (nettoyage, repassage) pour quelques personnes privées.

En incapacité de travail totale depuis le 30 janvier 2012 en raison principalement de troubles du rachis ainsi que de douleurs de type fibromyalgique, l'assurée a déposé le 24 juillet 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli divers renseignements sur la situation personnelle et professionnelle de l'assurée ainsi que sur le plan médical.

Dans un rapport du 6 octobre 2012, le Dr B._____, médecin traitant, a dressé une longue liste de diagnostics affectant la capacité de travail de l'assurée, qu'il a considéré comme nulle dans l'activité de nettoyeuse. Il a en revanche considéré que dans une profession adaptée, effectuée en position assise et exempte de port et déplacement de charges, l'exigibilité pouvait être envisagée sans limitation.

A la requête du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), le Dr B._____ a fait parvenir à l'office AI un nouveau rapport médical, daté du 17 juin 2013, où il a réaffirmé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité telle que celle décrite dans son rapport du 6 octobre 2012.

Dans un avis médical du 10 juillet 2013, le Dr G._____, médecin auprès du SMR, a relevé que parmi les nombreuses atteintes à la santé retenues par le Dr B._____ figuraient une fibromyalgie possible et

un status après un épisode dépressif avec somatisation. Ayant constaté qu'aucun document de consultation spécialisé n'avait été fourni, il a proposé que soit effectuée une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique « dans le but de faire la part des choses entre les troubles dégénératifs et les douleurs en relation avec la fibromyalgie. Il s'agi[ssai]t également de préciser l'existence éventuelle de comorbidités psychiatriques, au vu des antécédents personnels d'épisode dépressif. »

Confié au Drs D._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué les 3 juillet et 1^{er} octobre 2014. Dans leur rapport du 8 octobre 2014, les médecins prénommés ont posé les diagnostics suivants affectant la capacité de travail : lombalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit, petite hernie discale L4-L5 et hémangiomatose vertébrale multi-étagée ainsi que des cervicobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernies discales C4-C5 à droite et C6-C7 à gauche. Ils ont par ailleurs posé divers diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont retenu au terme de leur examen que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de nettoyeuse, femme de ménage et concierge, dite capacité étant de 70% dans une activité adaptée depuis le 30 janvier 2012.

Le 21 octobre 2014, la Dresse J._____, médecin auprès du SMR, s'est ralliée aux conclusions de l'examen clinique bi-disciplinaire des 3 juillet et 1^{er} octobre 2014.

Le 23 mars 2015, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 30 mars 2015, l'enquêtrice a constaté que l'assurée exercerait une activité lucrative à raison de 60% et consacrerait le reste de son temps à ses tâches ménagères. L'empêchement dans les travaux domestiques s'élevait à 22,8%.

Le 28 septembre 2015, l'office AI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes :

Suite à l'enquête ménagère effectuée le 23 mars 2015, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité de femme de ménage à un taux de 60%. Les 40% restants correspondent à l'exercice de vos travaux habituels.

Pour raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption notable dès le 30 janvier 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 20 janvier 2013, et après consultation des éléments médicaux de votre dossier par le Service Médical Régional, votre capacité de travail est nulle dans votre activité habituelle de femme de ménage.

Toutefois, dans une activité adaptée à votre état de santé et respectant vos limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout deux fois par heure ; pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kgs ; pas de travail en porte-à-faux, statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque ; pas de rotation rapide de la tête ; pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque) dès le 30 janvier 2012 déjà.

[Suit le rappel de la jurisprudence sur la détermination du revenu d'invalidé à partir des données statistiques]

[Compte tenu d'une capacité de travail de 70% et d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles présentées, le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'628.58]

Comparaison des revenus :

sans invalidité :	CHF	42'925.40	
avec invalidité :	CHF	32'628.58	
La perte de gain s'élève à	CHF	10'926.82	= un degré d'invalidité de 24%

Selon l'enquête ménagère du 23 mars 2015, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 22,8%.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle Part d'invalidité	Empêchement	Degré
Active	60%	24,0%
14,40%		
Ménagère	40%	22,8%
9,12%		
Taux d'invalidité		23,52%

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

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée.

Le 28 octobre 2015, l'assurée a présenté des objections à ce projet en critiquant les gains avec et sans invalidité retenus par l'office AI.

Par décision formelle du 24 novembre 2015, l'office AI a entériné le refus du droit de l'assurée à une rente d'invalidité, tel qu'annoncé dans son projet du 28 septembre précédent avec une motivation identique à celle contenue dans ce dernier.

B. Par acte du 28 décembre 2015, Z. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, dont elle a demandé, sous suite de frais et dépens, la réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière à partir du 24 janvier 2013. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'office AI « pour instruction complémentaire visant à déterminer précisément le genre d'activité adaptée ». Dans un grief d'ordre formel, elle s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendue, alléguant que la décision attaquée ne se prononçait pas sur l'argument invoqué en procédure d'audition au sujet des revenus pris en compte pour la comparaison des gains. Sur le fond, elle a critiqué la capacité de travail qui lui avait été reconnue, faisant valoir qu'elle reposait sur un rapport d'examen clinique dénué de valeur probante en tant qu'il était insuffisamment motivé quant au type d'activité qui lui était encore accessible compte tenu de son état de santé.

Dans sa réponse du 24 février 2016, l'office AI a considéré que la capacité de travail de 70% tenait suffisamment compte des problèmes de santé présentés par la recourante, ajoutant que les exemples d'activités critiqués par cette dernière se fondaient sur l'analyse d'un spécialiste en réinsertion professionnelle « accoutumé à identifier les contextes professionnels et les métiers en adéquation avec l'état de santé

d'un assuré ». Selon l'intimé, il y avait dès lors lieu d'admettre qu'il existait des activités dont la réalisation n'était pas compromise par les problèmes d'ordre rhumatologique de la recourante. Quant à la détermination des revenus avec et sans invalidité, il s'est attaché à expliciter sur quelles données chacun d'eux se fondait. En conséquence, l'office intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse.

Par réplique du 15 mars 2016, la recourante a, en se référant à une jurisprudence fédérale (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008), contesté l'existence d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles faisaient obstacle à toute capacité de travail résiduelle. A titre subsidiaire, elle a fait valoir que, associées à son âge, ses limitations justifiaient en tout état de cause un abattement de 25% sur le revenu d'invalidité. Elle a maintenu l'intégralité des conclusions formulées dans son recours.

Dupliquant en date du 14 avril 2016, l'office AI a contesté que la jurisprudence invoquée soit applicable au cas d'espèce. Quant aux limitations fonctionnelles, elles n'excluaient pas l'exercice d'une activité professionnelle compatible avec ses atteintes à la santé. Confirmant pour le surplus la teneur de son écriture précédente, il a derechef proposé le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise.

Le 19 mai 2016, la recourante a fait savoir qu'elle renonçait à se prononcer plus avant sur la dernière écriture de l'administration intimée, se contentant de renvoyer à son acte de recours ainsi qu'à sa réplique du 15 mars précédent.

Ce pli a été communiqué pour information à l'intimé, qui n'a pas procédé plus avant.

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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 60 et 38 al. 4 let. c LPGA) contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Il convient en premier lieu d'examiner le grief formel soulevé par la recourante, ressortissant à une violation de son droit d'être entendue, en tant que la décision attaquée serait insuffisamment motivée.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure

judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1 ; 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les

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

c) Dans la décision dont est recours, l'office AI explique que le revenu d'invalidité se fonde sur les salaires statistiques et fournit toutes les données utiles à sa détermination. Si le revenu sans invalidité ne fait pas l'objet de développements particuliers, son montant ressort en revanche de diverses pièces contenues dans le dossier constitué par l'administration intimée (cf. sur ce point la réponse du 24 février 2016) et auquel la recourante a eu accès puisqu'il lui a été transmis à sa requête sous forme électronique dans le cadre de la procédure d'audition. Au demeurant, le calcul de chacun de ces revenus ressort d'un document interne intitulé « calcul du salaire exigible » et daté du 28 septembre 2015. Au stade de la procédure d'audition déjà, la recourante disposait donc des éléments lui permettant de comprendre quelles données ont été retenues par l'office AI pour le calcul des gains avec et sans invalidité figurant dans la décision entreprise. On relèvera au surplus que le recours selon les art. 56 ss LPGA est un moyen de droit complet permettant un examen de la décision querellée en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008), la recourante ayant tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la procédure de recours.

Le grief titré d'une violation du droit d'être entendu doit en conséquence être rejeté.

4. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 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 al. 1 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 une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique

d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et la référence ; TF 9C_589/2014 du 6 mars 2015 consid. 3.1).

La réponse 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 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels - pratique dont le Tribunal fédéral a admis de longue date la conformité à la loi (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3 ; cf. pour plus de détails : ch. 3084 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] à l'attention de l'administration).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et

spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

c) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

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

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), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes 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 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

S'agissant par ailleurs des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante relève d'un statut mixte, à savoir qu'elle n'aurait pas déployé une activité lucrative à plein temps, même si elle était en bonne santé.

Dans le cadre de l'enquête au domicile réalisée le 23 mars 2015, l'enquêtrice de l'office AI a rapporté les déclarations de la recourante en ces termes :

Mme Z._____ mentionne qu'elle aurait continué comme avant son atteinte, ne cherchant pas à augmenter. Son salaire venait en effet compléter la retraite de son époux, leurs enfants ont quitté le domicile familial et le couple vit avec ce qu'il a.

Son mari est à l'AVS depuis 8 ans, pour une retraite anticipée. Avant de tomber malade, l'assurée bénéficiait d'un salaire fixe de la commune, du salaire de sa conciergerie et du travail chez des privés. A tous les 2, le couple avait environ 8'000.- CHF pour vivre par mois. La commune appelait Mme Z._____ pour des remplacements dans d'autres écoles, venant gonfler son salaire fixe de 25'000.- CHF habituels comme en 2005 ou en 2011. Ces augmentations étaient occasionnelles, sur appel. Lorsqu'elle honorait ses remplacements, elle ne se chargeait pas de la conciergerie ni des ménages privés.

Au vu des horaires mentionnés par l'assurée, cela représente une moyenne de 26 h/semaine en tout, soit un 60% environ.

L'enquêtrice a en définitive retenu un statut d'active de 60%, la part dévolue aux tâches ménagères étant de 40%. En l'absence de grief

soulevé par la recourante quant à la détermination de son statut, il y a lieu de se rallier aux conclusions de l'enquêtrice.

6. a) En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, figurent au dossier les attestations du Dr B._____ des 6 octobre 2012 et 17 juin 2013 ainsi que le rapport d'examen clinique bi-disciplinaire des Drs D._____ et I._____ du SMR.

Dans leur rapport du 8 octobre 2014, les Drs D._____ et I._____ ont motivé leur appréciation de la capacité de travail en ces termes :

(...)

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde, présentant un poids normal après by-pass gastrique. L'auscultation cardiaque est normale. L'assurée présente quelques sibilances à la base pulmonaire D, probablement dans le cadre d'une bronchite aiguë, bien qu'une radiographie du thorax de 2011 aurait mis en évidence un épaississement aspécifique bronchique avec discrète hyperinflation pulmonaire compatible avec une BPCO sans infiltrat en activité, ni lésion évolutive suspecte. L'abdomen est par ailleurs souple et indolore, sans hépatosplénomégalie et sans masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement. La marche sur la pointe des pieds et sur les talons est possible. L'accroupissement est limité. Il entraîne des douleurs de la face postérieure des membres inférieurs. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est normal. Les épreuves de Lasègue sont cependant limitées ddc à 75° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est un peu limitée, surtout à la rétroflexion du tronc. La mobilité cervicale est satisfaisante, mise à part la flexion cervicale qui est modérément limitée. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. L'assurée présente cependant une discrète arthrose nodulaire des doigts avec discret flexum de l'interphalangienne proximale du 4^{ème} rayon D. L'assurée présente également un discret hallux valgus bilatéral. L'assurée présente par ailleurs des douleurs à la palpation de 16 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant suffisant pour confirmer ce diagnostic, qui a également été retenu par le médecin traitant, le Dr B._____.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence un canal lombaire étroit avec ébauche débutante d'une

strangulation myélographique en L4-L5 où il existe également une discrète hernie discale. Il existe également une disco-spondylarthrose inflammatoire de type MODIC I en L5-S1. Il existe aussi de nombreuses lésions intracorporeales suggestives en premier lieu d'une hémangiomatose. Une IRM cervicale de 2012 met en évidence des troubles dégénératifs pluriétagés avec hernie discale médiane à discrètement paramédiane D en C4-C5 et médiane à discrètement paramédiane G en C6-C7. Une angio-IRM des membres inférieurs pratiquée en janvier 2012 s'est avérée dans les normes. Une IRM cérébrale de septembre 2011 aurait mis en évidence une altération kystique temporale antéro-inférieure G, probablement comme reflet d'un élargissement banal d'un espace de Virchow-Robin, dans une moindre mesure comme une lacune vasculaire. Il existe également un petit kyste pinéal d'apparence banale. Il n'y a par contre pas d'autres lésions parenchymateuses expansives, inflammatoires ou vasculaires. On note également une séquelle d'otomastoïdite G. Un ultrason abdominal a mis en évidence une stéatose hépatique homogène et un status après cholécystectomie calme. Le reste de l'examen ultrasonographique abdominal est dans les limites de la norme.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité de nettoyeuse dans une école, de femme de ménage ou de concierge. Ainsi, dans ces activités, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, nous retenons une capacité de travail de 70%. Nous ne retenons pas une capacité de travail totale, au vu de la présence de modifications de type MODIC I en L5-S1. Cependant, nous ne retenons pas une incapacité de travail supérieure à 30% au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien. D'ailleurs, il n'y a aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure. Par ailleurs, la fibromyalgie ne s'accompagnant pas de pathologie psychiatrique incapacitante, elle ne peut conduire à la définition d'une incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée n'a pas d'antécédents et son état n'a pas nécessité une prise en charge ambulatoire ni d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Cependant, dans le rapport médical du 10 octobre 2012, le médecin traitant le Dr B. _____ indique le diagnostic psychiatrique de status après épisode dépressif avec somatisations qui n'est pas étayé, il n'y a pas de status psychiatrique, l'intensité de la symptomatologie dépressive n'est pas évaluée, les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas respectés.

Or, le diagnostic de dépression souvent posé par des médecins non-psychiatres est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un trouble affectif grave et durable ou d'un épisode dépressif réactionnel transitoire, sans incidence sur la capacité de travail comme dans le cas de notre assurée. Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive qui actuellement est en rémission complète.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, de troubles anxieux, de trouble de la personnalité, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel-compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement social qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni des limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Le diagnostic de fibromyalgie objectivé par le Dr D._____, médecine interne et rhumatologie FMH, n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ni d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie.

Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Sur la base d'un examen clinique psychiatrique dans les limites de la norme, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques.

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des Drs D._____, et I._____, étant souligné que leur rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 8 octobre 2014 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion étayée des diagnostics retenus après examen des éléments relatés par le Dr B._____, médecin traitant, et par les documents d'imagerie. Les Drs D._____, et I._____, aboutissent à des conclusions médicales soigneusement motivées. Par ailleurs, les rapports du Dr B._____, au demeurant brefs et peu étayés, ne mettent en évidence aucun élément concret susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des médecins du SMR, ce d'autant que ce médecin a également conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De son côté, la recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen clinique au SMR et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions,

puisqu'elle se limite pour l'essentiel à faire part de son désaccord avec le contenu du rapport et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en oeuvre d'un complément d'instruction.

b) Pour le reste, nonobstant le diagnostic de fibromyalgie évoqué par les Drs D. _____ et I. _____, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). La recourante dispose en effet d'importantes ressources, ainsi que l'atteste le descriptif de la vie quotidienne contenu dans le rapport du SMR.

c) Partant, il convient de retenir, à l'instar des Drs D. _____ et I. _____, que la recourante présente depuis le 30 janvier 2012 une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de nettoyeuse, femme de ménage et concierge et une capacité résiduelle de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

7. a) Il n'est pas contesté en l'espèce que les affections rachidiennes (lombosciatalgies et cervicobrachialgies toutes deux bilatérales) présentées par la recourante ont pour conséquence un certain nombre de limitations fonctionnelles. Dans leur rapport du 8 octobre 2014, les Drs D. _____ et I. _____ les ont définis comme suit :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

(...)

Si les limitations fonctionnelles décrites par le SMR peuvent de prime abord sembler conséquentes, elles représentent en fait les mesures classiques d'épargne lombaire et cervicale en vue d'éviter les douleurs

provoquées par les pathologies susmentionnées. D'un point de vue strictement médical, la recourante est ainsi objectivement en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative à 70%, ce qu'elle conteste en tant qu'elle estime qu'il n'existerait sur le marché du travail aucune activité exigible de sa part.

b) 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, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b; TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que 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 (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un

emploi correspondant (TFA I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 3.2 à 3.4 et la référence).

c) Dans ses écritures, la recourante s'en prend aux exemples d'activités adaptées retenues par l'office intimé dans le document relatif au calcul du salaire exigible daté du 10 décembre 2014 (conditionnement léger, contrôle visuel, étiquetage, emballage/montage/assemblage de pièces). Comme le relève elle-même la recourante, les emplois évoqués par l'office AI ne sont que des exemples. Il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. A cet égard, la recourante n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples de surveillance, de vérification ou de contrôle, dès lors qu'elles permettraient l'alternance des positions, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la recourante de retrouver un emploi.

Partant, le grief tiré de l'absence d'activité adaptée sur le marché équilibré du travail doit être écarté.

8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le

revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). La comparaison des revenus 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174).

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail totale à compter du 30 janvier 2012, si bien que le droit à une éventuelle rente prend naissance au plus tôt au mois de janvier 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). Il s'agit dès lors de comparer les revenus afférents à l'année 2013.

b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGGA; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2).

En l'espèce, la recourante a œuvré comme concierge à 40% pour la commune de W._____ et à 20% dans son immeuble. A cela s'ajoutaient des travaux de ménage pour quelques personnes privées. Dans le questionnaire complété le 29 août 2012, la commune de W._____ a indiqué que le salaire annuel de l'intéressée s'élèverait à

26'596 fr. 80 à compter du 1^{er} janvier 2012. Indexé à 2013 (0,7%), il se monte à 26'782 fr. 97. Quant aux deux autres activités, l'extrait du compte individuel du 3 août 2012 fait état d'un revenu total de 16'090 fr. pour l'année 2011. Indexé à 2012 (0,8%) puis à 2013, il s'élève à 16'332 fr. 25, soit un revenu sans invalidité pour les trois activités déployées de 43'115 fr. 22.

c) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; Pratique VSI 5/1999 p. 182).

Dans le cas présent, le salaire de référence pour des femmes exerçant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), était, en 2012, de 4'112 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2012, TA 1, niveau de qualification 1), soit 4'140 fr. après indexation à 2013 (0,7%). En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2013 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'315 fr. 95 ($[4'140 \times 41,7] / 40$), correspondant à un salaire annuel de 51'791 fr. 40. Attendu que l'on peut exiger de la recourante qu'elle exerce une activité professionnelle à 70%, le salaire hypothétique annuel s'élève dès lors à 36'253 fr. 98.

d) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années

de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. 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, dans un cas concret, 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. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidité, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25%, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2).

Dans la décision attaquée, l'office intimé a justifié la prise en considération d'un abattement de 10% en se référant uniquement aux limitations fonctionnelles présentées par la recourante (alternance des positions debout et assis, pas de charges supérieures à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux, pas d'exposition à des vibrations, pas de flexion-extension de la nuque ni de rotation rapide de la tête). Cette appréciation ne convainc pas entièrement. En effet, au moment où l'administration a apprécié la situation, la recourante était âgée de 57 ans. Or, plus l'âge d'un assuré est proche de celui de la retraite, plus celui-ci constitue un obstacle à un engagement au regard notamment des contributions patronales à la prévoyance professionnelle qui en résulte ou de la durée prévisible des rapports de travail et du retour sur investissement qui peut être fait. Eu égard à l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, il apparaît qu'en retenant un abattement de 10%, l'intimé a sous-estimé les

facteurs pouvant influencer sur le revenu d'une activité lucrative dans une mesure qui excède le large pouvoir d'appréciation dont il dispose. Une déduction globale de 15% tient en l'occurrence mieux compte des circonstances pertinentes du cas d'espèce.

e) Cela étant, en tenant compte d'un revenu sans invalidité de 43'115 fr. 22 et avec invalidité, abattement de 15% compris, de 30'815 fr. 88, la perte de gain s'élève à 12'299 fr. 34, d'où un degré d'invalidité (arrondi) de 29%.

9. S'agissant des tâches ménagères, le rapport d'enquête économique du 30 mars 2015 conclut à un taux d'empêchements de 22,8%. Ce rapport remplit les critères jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 4b supra) pour se voir accorder pleine valeur probante – ce que la recourante ne remet du reste pas en question – de sorte qu'il y a lieu de confirmer ce taux.

10. En application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. considérant 4b supra), le degré d'invalidité pour la part active étant de 17,4% (60% x 29%) et celui pour la part ménagère de 9,12% (40% x 22,8%), il s'élève à 26,52%, taux qui s'avère inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'office intimé a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante.

11. 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'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 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 4 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en

matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient 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 24 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gautier Lang, avocat (pour Z. _____),
- 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).

Le greffier :