

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de vendeuse. Dès le 1^{er} septembre 2003, elle a travaillé comme concierge pour la F. _____, avec son époux. Son revenu soumis à cotisations à l'assurance-vieillesse et survivants était, depuis 2010, de 23'000 fr. par an (cf. extrait du compte individuel AVS de l'assurée). Selon l'employeur, cela correspondait à environ 18 à 19 heures de travail par semaine (cf. rapport du 22 avril 2015 de la F. _____).

L'époux de l'assurée est chauffeur de taxi pour l'entreprise Y. _____ (devenue par la suite G. _____). L'intéressée était inscrite au Registre du commerce en tant qu'unique associée du 14 janvier 2015 au 25 février 2016.

Le 10 avril 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a déclaré comme seule activité lucrative la conciergerie pour la F. _____, en précisant qu'elle en assumait le 80 % et son mari le 20 %.

L'assurée n'ayant pas mentionné d'activité pour l'entreprise Y. _____, l'OAI l'a interrogée à ce propos. Le 24 avril 2015, elle a répondu que cette société était exploitée par son époux, qu'elle-même ne recevait aucun salaire et qu'elle était « juste la personne qui [avait] mis une signature au Registre du commerce ».

Selon un rapport de la Dresse J. _____, médecin généraliste traitante de l'assurée, celle-ci présentait une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle habituelle depuis le 15 janvier 2015 en raison d'une « dépression avec fibromyalgie » (cf. rapport du 23 mars 2015).

R._____, assurance perte de gain de l'employeur, a alloué des indemnités journalières. Elle a mandaté la Dresse W._____, spécialiste en rhumatologie au V._____), pour une expertise rhumatologique. La Dresse W._____ a posé les diagnostics de gonarthrose débutante, d'obésité en ré-aggravation malgré la pose d'un by-pass en 2007, de fibromyalgie, d'éperons calcanéens, de rhinite avec hyperactivité bronchique printanière et de syndrome du tunnel carpien de forme fruste. Ces atteintes, en particulier la gonarthrose, entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle habituelle. En revanche, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité permettant d'éviter la position à genoux, l'usage d'une échelle ou d'un escabeau et, de manière générale, le travail en hauteur ou en zone basse. Il convenait de favoriser un travail semi-sédentaire, sur sol stable, sans port répétitif de charges supérieures à 5 kg. Une évaluation psychiatrique paraissait toutefois nécessaire (cf. rapport du 11 mars 2015).

R._____ a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 juillet 2015. Le 15 juillet 2015, la F._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 décembre 2015.

Dans un rapport du 5 août 2015 à l'OAI, la Dresse S._____, psychiatre traitante de l'assurée, a retenu les diagnostics d'état dépressif récurrent, de fibromyalgie et de trouble de la personnalité dépendante et abandonnique. En traitement ambulatoire dès le 23 avril 2015, la patiente présentait une incapacité de travail totale depuis le mois de novembre 2014 en raison de l'état dépressif avec un épuisement physique et psychologique.

L'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Le Dr Z._____, rhumatologue, a examiné l'assurée le 2 mars 2016 et la Dresse X._____, psychiatre, s'est entretenue avec elle le 12 mai 2016. Dans leur rapport du 9 juin 2016, les spécialistes ont relevé que l'intéressée avait déclaré exercer une petite activité administrative dans la société de taxis de son mari, soit environ 1

heure 30 par jour (cf. p. 3). Ils ont posé les diagnostics de gonarthrose débutante du compartiment interne et fémoro-patellaire droite, de syndrome douloureux diffus sans substrat organique, de status post-opération d'un éperon calcanéen droit, d'obésité de classe I, de trouble de personnalité dépendante, de dysthymie, d'emprisonnement et autres incarcérations du conjoint, ainsi que de difficultés liées à d'autres situations juridiques. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité professionnelle habituelle en raison de la gonarthrose, mais totale dans une activité adaptée à cette atteinte. Il n'y avait ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle pour des motifs psychiatriques. Les experts ont noté que l'intéressée avait expliqué avoir appris, le 22 avril 2016, que son époux était poursuivi pénalement au motif qu'il aurait commis des abus sexuels sur des personnes handicapées dans le cadre de son activité professionnelle. Depuis lors, elle était en proie à des pleurs très fréquents et prenait un traitement à base de benzodiazépines - à doses « tout à fait modiques » -, prescrit par son médecin généraliste traitant, et non par sa psychiatre. La psychologue consultée sur délégation de la Dresse S. _____ lui aurait toutefois conseillé une hospitalisation en milieu psychiatrique en raison d'idées suicidaires. Les Drs Z. _____ et X. _____ ont par conséquent considéré que l'état dépressif, qui avait été stabilisé pendant les trois dernières années, était éventuellement à nouveau décompensé, ce qu'il convenait de vérifier en demandant à la Dresse S. _____ si elle avait finalement effectivement recommandé une hospitalisation.

Le 14 juillet 2016, au cours d'un entretien téléphonique, la Dresse S. _____ a informé l'OAI qu'il n'y avait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique en 2016.

L'OAI a mis sur pied une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 19 octobre 2016. Dans son rapport du 28 octobre 2016, l'enquêtrice a fixé le statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 %. Pour la part concernant l'activité lucrative, elle a pris en considération un emploi de concierge à 50 % et une activité de secrétariat à 10 % auprès d'Y. _____, quand bien même aucun salaire

n'était versé à l'assurée pour cette activité. S'agissant des tâches ménagères, l'enquêtrice a retenu un empêchement de 16,90 %.

Dans un rapport du 11 février 2017 adressé à l'OAI, la Dresse J._____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de gonarthrose bilatérale nettement aggravée par une reprise de poids malgré le by-pass, ainsi que d'état dépressif récurrent. La patiente ne pouvait plus reprendre son activité dans la conciergerie ou dans la vente.

Par projet de décision du 27 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a expliqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative à 60 % et que les 40 % restants seraient consacrés à la tenue de son ménage. Pour sa part active de 60 %, elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis le 10 mars 2015. La comparaison entre le revenu qu'elle aurait pu obtenir sans invalidité (27'600 fr. à 60 %) et celui qu'elle pouvait réaliser avec invalidité (32'404 fr. 90 à 60 %, basé sur les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] publiée par l'Office fédéral de la statistique) n'aboutissait pas à une perte de gain. Le degré d'invalidité était donc de 0 % pour la part active. L'empêchement dans la tenue du ménage était quant à lui de 16,90 %. L'invalidité globale s'élevait ainsi à 6,76 % ($[60 \% \times 0 \ \%] + [40 \% \times 16,90 \ \%]$), arrondi à 7 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles.

Le 20 juillet 2017, l'intéressée a contesté ce projet, en faisant valoir que l'OAI ne s'était pas fondé sur son état de santé actuel. Ses problèmes physiques et psychiques l'empêchaient d'exercer une activité professionnelle et d'effectuer son ménage.

Dans un rapport du 7 septembre 2017 à l'OAI, la Dresse S._____ a indiqué que la douleur physique de sa patiente, sa difficulté à gérer les situations stressantes et sa détresse émotionnelle rendaient pour le moment impossible la reprise d'une activité professionnelle du jour au

lendemain. Elle a estimé qu'il était indispensable que l'assurée puisse être évaluée au cours d'un stage de réinsertion professionnelle.

Le 8 septembre 2017, la Dresse J._____ a, pour l'essentiel, répété le contenu de son courrier du 11 février 2017.

Par avis médical du 6 novembre 2017, le Dr B._____, médecin au SMR, a constaté que ces rapports n'apportaient pas d'éléments objectifs nouveaux attestant une détérioration de l'état de santé de l'assurée.

Par décision du 16 novembre 2017, l'OAI a confirmé le refus de prestations. Dans une lettre du même jour, il a expliqué à l'intéressée que sa contestation n'amenait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 16 décembre 2017, O._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée dès le 10 octobre 2015. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a soutenu qu'il avait retenu à tort qu'elle exercerait une activité lucrative à 60 % si elle avait été en bonne santé, puisqu'elle travaillait au taux de 80 % avant de tomber malade. En outre, elle a allégué que son incapacité de travail était totale et que l'enquêtrice s'était montrée beaucoup trop optimiste quant à sa capacité résiduelle à effectuer ses tâches ménagères. La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. En annexe, elle a joint un rapport du 6 novembre 2017 adressé par la Dresse P._____, radiologue, à la Dresse J._____, à la suite d'un CT-scan abdominal effectué le même jour. La radiologue constatait une discrète hépatomégalie, un nodule de 2 cm du segment VII évoquant un hémangiome hépatique, ainsi qu'un status après by-pass gastrique avec hernie latérale.

Dans sa réponse du 13 février 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il a renvoyé à un avis du 8 février 2018 du Dr B._____, joint en annexe, relevant que les nouveaux éléments versés au dossier n'étaient pas de nature à modifier la position exprimée précédemment.

Par réplique du 26 mars 2018, la recourante a affirmé qu'elle n'était pas en mesure d'exercer une quelconque activité, même adaptée, et a répété qu'elle travaillait à 80 % avant ses atteintes à la santé. A l'appui de ses déclarations, elle a produit un contrat de conciergerie signé le 3 juillet 2003 par la F._____ d'une part, et son mari et elle d'autre part. Il stipulait que le salaire de 1'865 fr. 95 était réparti à raison de 80 % pour elle et de 20 % pour son époux. Par ailleurs, la recourante a indiqué que ses problèmes liés au lupus n'étaient pas nouveaux. A cet égard, elle a joint des rapports adressés par la Dresse K._____, dermatologue, à la Dresse J._____. Le 14 septembre 2017, celle-ci informait avoir vu en consultation l'intéressée le 5 septembre 2017 pour une éruption papuleuse et prurigineuse au niveau du décolleté, du visage et du haut du dos. Elle ajoutait que la biopsie cutanée avait confirmé la suspicion clinique de lupus érythémateux et que les lésions étaient en train de disparaître spontanément. Des investigations devaient encore être réalisées pour exclure une systématisation de la maladie. Le 20 novembre 2017, la Dresse K._____ a expliqué que la plupart des analyses étaient essentiellement dans la norme et a proposé un contrôle clinique et biologique de suivi après six mois.

Le 17 avril 2018, l'intimé a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 LPGA).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). 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. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 16 novembre 2017, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

4. La recourante conteste tout d'abord le statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 % retenu par l'OAI. Elle soutient que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 80 % comme concierge, en se référant au fait que son contrat de travail avec la F. _____ mentionne, selon elle, un tel taux d'activité.

Toutefois, ce contrat précise uniquement que l'assurée et son époux assument la conciergerie de l'immeuble où ils habitent et que le salaire convenu est réparti à raison de 80 % pour elle et de 20 % pour lui. Cela ne signifie pas que la conciergerie en question équivaldrait, pour la recourante, à un taux d'activité de 80 %. Par ailleurs, la F._____ a indiqué que le salaire qu'elle versait à l'assurée correspondait à environ 18 à 19 heures de travail par semaine, ce qui ne constitue pas un taux de 80 % (cf. rapport du 22 avril 2015).

Pour fixer le statut de la recourante, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'enquête économique sur le ménage établi le 28 octobre 2016. L'enquêtrice a expliqué que l'intéressée exerçait un emploi de concierge à 50 % et qu'elle effectuait des travaux de secrétariat à un taux de 10 % dans l'entreprise Y._____, même si elle ne percevait aucun salaire pour cette activité. Elle a dès lors retenu un statut d'active à 60 % et de ménagère à 40 %, ce qui ne prête pas flanc à la critique et doit être confirmé.

5. Concernant la part active, l'OAI a fixé à 23'000 fr. le revenu que la recourante aurait pu obtenir sans invalidité pour une activité à 50 % - en qualité de concierge -, puis l'a extrapolé à 27'600 fr. pour tenir compte d'un taux d'activité de 60 %.

En réalité, l'intimé aurait dû évaluer la valeur économique de l'activité de secrétariat que la recourante déployait à 10 % pour l'entreprise Y._____. Toutefois, le calcul effectué par l'OAI n'est pas défavorable à la recourante. En effet, l'activité exercée pour Y._____ est parfaitement adaptée à son état de santé, comme on le verra ci-après (cf. consid. 6). La recourante ne subit, par conséquent, aucune perte de gain dans cette activité. Dans la mesure où le calcul effectué par l'intimé ne défavorise pas l'intéressée, et compte tenu de ce qui suit, il n'est pas nécessaire de le rectifier sur ce point. On retiendra donc un revenu hypothétique sans invalidité de 27'600 francs.

6. La recourante conteste disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4, 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 11 mars 2015 du V._____ et sur celui du 9 juin 2016 du SMR, lesquels constataient une telle capacité de travail.

Ces deux rapports, qui ont fait suite à des examens de l'intéressée, ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse. Ils ont détaillé les plaintes de la recourante et les ont prises en considération. Les descriptions du contexte médical sont claires. Les experts ont expliqué les différents éléments les ayant amenés à leurs conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. En particulier, les spécialistes du SMR ont exposé les raisons pour lesquelles ils écartaient le diagnostic d'état

dépressif récurrent retenu par la Dresse S._____, au profit de celui de dysthymie. Ils ont également tenu compte des critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychosomatiques et psychiques, tels la prise en considération de la personnalité de l'assurée. Ces expertises remplissent ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il sied de relever que l'éventuelle décompensation de l'état psychique survenue dès la fin du mois d'avril 2016, évoquée par les experts du SMR, ne permet pas de remettre en cause la pleine capacité de travail retenue. En effet, l'hospitalisation en milieu psychiatrique qui était envisagée en raison d'idées suicidaires, d'après les dires de la recourante, ne s'est jamais concrétisée. Le rapport de la Dresse S._____ du 7 septembre 2017 ne fait pas état d'une péjoration notable de l'état de santé, marquée par des idées suicidaires, ni d'une éventuelle hospitalisation, depuis l'expertise du SMR. Il en va de même des rapports des 11 février et 8 septembre 2017 de la Dresse J._____, lesquels retiennent au demeurant des diagnostics déjà mentionnés précédemment. Par ailleurs, dans ces rapports, peu détaillés, la Dresse J._____ mentionne uniquement une incapacité de sa patiente à reprendre son activité dans la conciergerie - ce qui est admis par l'OAI -, mais ne se prononce pas sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Au final, les rapports des Dresses S._____ et J._____ ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre des expertises et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions. Dès lors, compte tenu des constatations probantes des expertises, il convient de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations liées à la gonarthrose, telles que décrites par les experts du SMR (sans montée-descente d'escaliers, ni de marche sans s'arrêter au-delà d'un kilomètre, ni de position debout prolongée au-delà de 30 minutes, ni de position assise prolongée au-delà de 1 heure 30, ni de port de charges répété supérieur à 5 kg, ni de travail accroupi ou à genoux).

Les documents médicaux produits dans le cadre du recours ne modifient pas cette appréciation. Dans le rapport du 14 septembre 2017,

la Dresse K._____ fait certes état d'une consultation le 5 septembre 2017 pour une éruption papuleuse et prurigineuse au niveau du décolleté, du visage et du haut du dos. Selon elle, la biopsie cutanée a confirmé la suspicion de lupus érythémateux. S'il s'agit effectivement d'un diagnostic nouveau, la spécialiste relève toutefois dans son rapport que les lésions cutanées sont en train de disparaître spontanément. Elle ne prend aucunement position sur une éventuelle incapacité de travail en raison de l'atteinte en question, et précise que des investigations doivent encore être réalisées pour exclure une éventuelle systématisation de la maladie. Ces investigations n'ont pas confirmé une telle systématisation, au vu du rapport du 20 novembre 2017 de la dermatologue. Rien ne permet de constater une incapacité de travail durable due à cette atteinte au moment où l'intimé a rendu la décision litigieuse, soit le 16 novembre 2017, date déterminante en l'espèce.

Enfin, la recourante se réfère à un rapport du 6 novembre 2017 de la Dresse P._____, lequel fait état d'une discrète hépatomégalie, d'un nodule de 2 cm du segment VII évoquant un hémangiome hépatique, et d'un status après by-pass gastrique avec hernie latérale. La Dresse P._____ ne mentionne cependant aucune incapacité de travail en lien avec ces constatations. Le caractère très récent de ce rapport permet au demeurant d'exclure qu'une telle incapacité de travail, à supposer qu'elle fût établie, aurait été d'une intensité et d'une durée suffisante pour ouvrir droit aux prestations jusqu'à la date de la décision litigieuse.

En conclusion, l'OAI était fondé à retenir dans la décision attaquée que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise, comme le requiert la recourante, dès lors qu'une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

7. Au vu de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'intimé a constaté à juste titre qu'elle aurait pu réaliser, sur un marché du travail équilibré, un revenu d'au moins 27'600 fr. - correspondant au revenu hypothétique sans invalidité - dans une telle activité, exercée à 60 %. Il n'y a donc pas de perte de gain et l'invalidité doit ainsi être fixée, pour la part active, à 0 %. En l'absence de tout grief de la recourante sur le calcul du revenu d'invalidé par l'intimé - lequel ne prête pas flanc à la critique -, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

8. S'agissant de la part consacrée aux activités ménagères, l'OAI a retenu que la recourante présentait un empêchement de 16,90 %. Il s'est référé sur ce point à l'enquête économique sur le ménage. La recourante conteste les résultats de cette enquête en se limitant, pour l'essentiel, à affirmer que l'enquêtrice s'est montrée trop optimiste quant à sa capacité résiduelle à effectuer ses tâches ménagères.

a) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

b) En l'occurrence, le rapport d'enquête figurant au dossier, faisant suite à une visite au domicile de la recourante, est parfaitement probant. En particulier, il a été établi en toute connaissance des empêchements découlant des diagnostics médicaux, ainsi qu'en fonction des indications de l'intéressée. Il est en outre détaillé en ce qui concerne les différentes limitations et est bien motivé. D'ailleurs, il corrobore les constatations des experts du SMR relatives aux activités quotidiennes de la recourante. Dès lors, il n'y a aucun motif de s'écarter du taux d'empêchement de 16,90 % retenu dans ce rapport d'enquête.

9. Le taux d'invalidité global de l'assurée s'élève ainsi à 6,76 % $([60 \% \text{ de part active} \times 0 \%] + [40 \% \text{ de part ménagère} \times 16,90 \%])$, arrondi à 7 %, tel que retenu par l'intimé. Ce taux est inférieur au minimum de 40 % requis pour bénéficier d'une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

10. a) En conclusion, 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, qui n'obtient pas gain de cause, et n'est au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 novembre 2017 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 de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- O. _____
- 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 :