

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me Karim Hichri, avocat, à Lausanne

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. B._____, née en 1972, mariée et mère de quatre enfants, a exercé l'activité d'aide-infirmière à 80 % auprès de la Fondation G._____ à partir du 1^{er} octobre 2006 pour un salaire annuel de 49'647 fr. (valeur 2016 ; cf. questionnaire pour l'employeur complété le 28 décembre 2016).

Atteinte de problèmes lombaires depuis mars 2016, elle a été en incapacité totale de travail du 12 au 20 mars 2016, puis du 1^{er} au 15 juillet 2016. Par la suite, son médecin traitant, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne, a régulièrement attesté d'incapacités de travail, à un taux variant de 50 % à 100 %, dès le mois de juillet 2016.

Consécutivement à une procédure de détection précoce initiée par son employeur le 2 novembre 2016, l'assurée a déposé une demande formelle 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) en date du 14 novembre 2016.

Le Dr C._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 29 décembre 2016 et mentionné les diagnostics de lombocruralgies droites non déficitaires, trouble dépressif récurrent et hypertension artérielle. L'activité habituelle d'aide-infirmière n'était exigible qu'à 50 % avec un rendement réduit compte tenu de la restriction du port de charges. Il se référait pour l'essentiel à des examens conduits au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D._____ par le Prof. F._____, médecin chef. Ce dernier préconisait de la physiothérapie et estimait que seule la reprise d'une activité physique sur le long terme était de nature à améliorer la situation.

Sur questions de l'OAI, l'assurée a signalé le 5 janvier 2017 que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi l'exercice de son activité d'aide-infirmière au taux de 80 % par nécessité financière.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré le 2 février 2017 qu'un déconditionnement musculaire n'avait pas valeur d'invalidité.

Par décision du 7 avril 2017, reprenant les termes d'un projet de décision du 23 février 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, faute d'atteinte à la santé invalidante.

Statuant sur recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction par arrêt du 4 décembre 2017.

B. En exécution de cet arrêt, l'OAI a interrogé le Dr C. _____ sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente, lequel a fait part d'une situation stationnaire le 23 février 2018. L'OAI a également requis la production du dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie, E. _____ SA. Il est apparu que celui-ci avait diligenté une expertise rhumatologique de l'assurée, confiée au Dr L. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale. Aux termes de son rapport du 22 mai 2017, ce spécialiste a estimé que l'incapacité totale de travail dans l'activité d'aide-infirmière était justifiée. La reprise d'une activité adaptée était envisageable à 50 % immédiatement « avec une augmentation à 100 % après un à deux mois ».

Par avis du 2 juillet 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert précité et a conclu que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible ; une activité sans efforts pour le rachis, sans travaux en flexion et rotation du tronc, sans port de charges supérieures à 10 kg et permettant l'alternance des positions était en revanche possible à 50 % dès mai 2017, respectivement à 100 % dès septembre 2017.

L'OAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée et déterminé un préjudice économique dans la sphère d'activité lucrative de 13 % en 2017, singulièrement de 30 % dès 2018, à l'issue d'un rapport du 24 juillet 2018.

Estimant que la réalisation d'une enquête ménagère était superflue, l'OAI a établi un projet de décision à la même date, retenant en définitive un degré d'invalidité global de 10,4 %. Il envisageait de nier le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Une aide au placement était toutefois accordée par communication séparée.

Par décision du 24 septembre 2018, l'OAI a repris les termes du projet de décision précité et prononcé un refus de rente et de mesures professionnelles.

La mesure d'aide au placement, octroyée à l'assurée, a été clôturée le 24 octobre 2018, celle-ci considérant que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle.

C. Dans l'intervalle, B._____, assistée de Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, a déféré la décision du 24 septembre 2018 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 23 octobre 2018. Elle a conclu principalement à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 45 %, du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a au surplus fait grief à l'OAI de ne pas avoir investigué le volet psychique de son dossier médical, soulignant avoir consulté en 2016 le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que l'avait d'ailleurs rapporté le Dr L._____ dans son rapport du 22 mai 2017.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 15 janvier 2019 et proposé son rejet, en renvoyant aux conclusions du SMR et à la détermination du degré d'invalidité effectuée par son service de réadaptation.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 23 octobre 2018 contre la décision de l'intimé du 24 septembre 2018 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. Au

surplus, le présent litige fait suite au renvoi de la cause prononcé en ces termes par arrêt du 4 décembre 2017 de la Cour de céans (cf. consid. 5b) :

« L'intimé reprendra l'instruction de la cause relative aux atteintes à la santé et à leurs effets sur la capacité résiduelle de travail. Si, par hypothèse, il devait finalement constater une incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais l'exigibilité d'une activité professionnelle mieux adaptée, il lui appartiendra de procéder à une comparaison des revenus et éventuellement, dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, à une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée (cf. art. 8 al. 1 et 3 LPGGA) avant de statuer sur le droit aux prestations. »

3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

Selon l'art. 7 al. 1 LPGGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

b) Selon l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins.

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

c) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. a) Pour se prononcer sur l'incapacité de travail, 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 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) En l'espèce, a été versé au dossier de la recourante le rapport d'expertise rédigé le 22 mai 2017 par le Dr L. _____ sur mandat d'E. _____ SA. Ce spécialiste a relaté les éléments suivants au titre des antécédents mis en évidence par la recourante :

« [...] Elle aurait subi des violences de la part de son mari depuis sa 2^e grossesse en 1998. En 2015, à la suite d'un nouvel épisode de brutalité ayant justifié l'intervention de la police, elle présente un état dépressif pour lequel elle est adressée à un psychiatre, le Docteur H. _____ [réd. : H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie] et un psychologue, qu'elle voit pendant une année environ. À l'époque, elle doit arrêter le travail pendant environ 6 semaines. Elle prend des antidépresseurs jusqu'en décembre 2016, prescrits tout d'abord par son psychiatre puis par son généraliste. [...] »

Concernant son appréciation de la situation, le Dr L. _____ s'est exprimé en ces termes :

« [...] Le dossier radiologique confirme l'existence d'une importante discopathie L4-L5 mais sans signe de conflit disco-radiculaire en avril 2016. Au total, sur le plan somatique, les lombo-fessalgies et les irradiations occasionnelles à la face antérieure des cuisses sont en relation adéquate avec les constatations cliniques et radiologiques. Il y a vraisemblablement un état anxieux et des symptômes dépressifs qui peuvent jouer un rôle défavorable mais il n'y a aucun argument pour penser à une exagération volontaire des symptômes ni, a fortiori, à une simulation.

Les anomalies du rachis lombaire justifient des limitations fonctionnelles : éviter les efforts contraignants pour le rachis, le port de charges au-delà de 10 kg occasionnellement, les travaux en flexion et rotation du tronc. Une activité adaptée devrait permettre l'alternance de positions.

Sur le plan thérapeutique, il faut insister sur l'absence de critères de gravité et l'utilité d'un programme de rééducation active visant à lutter contre le syndrome de déconditionnement et à renforcer la sangle lombo-abdominale. En l'absence de signes neurologiques il n'y a en principe pas d'indication neurochirurgicale ou orthopédique. Étant donné les symptômes anxieux et dépressifs, la reprise d'un médicament antidépresseur pourrait être utile, également pour élever le seuil douloureux par exemple avec du Cymbalta ou du Saroten, tout comme la reprise d'une psychothérapie de soutien chez cette assurée qui annonce des problèmes de conflit conjugal chronique.

[...]

Au vu de la corrélation adéquate entre les constatations cliniques et radiologiques, avec des anomalies rachidiennes qui justifient des limitations fonctionnelles, une incapacité de travail comme aide infirmière est justifiée actuellement. Une reprise d'activité dans cette profession n'est pas totalement exclue mais paraît peu probable après une année d'évolution défavorable, d'autant que l'assurée a reçu son congé.

[...]

Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, une reprise d'activité serait envisageable à 50 % dès à présent avec une augmentation à 100 % après 1 à 2 mois. [...] »

c) Les conclusions du rapport d'expertise précité ont été prises en compte par le SMR dans son rapport final du 2 juillet 2018. Elles ne sont pas contestées par la recourante dans son mémoire de recours du 23 octobre 2018. Le rapport du Dr L._____ apparaissant exhaustif et motivé, on ne voit aucune raison de s'en écarter, alors qu'aucune pièce médicale ne vient en contredire la teneur.

La recourante invoque toutefois une problématique psychique qui n'aurait pas été investiguée à satisfaction par l'intimé. A cet égard, elle observe que le Dr L._____ a mentionné les bienfaits d'un éventuel accompagnement psychologique et rappelé la prise en charge assumée par le Dr H._____ dans le courant de l'année 2016. Cela étant, l'expert a également précisé que les problèmes psychologiques rencontrés par la recourante ont entraîné un arrêt de travail d'une durée de quelques semaines et que le suivi psychologique a pris fin en décembre 2016. La recourante ne fait pas valoir de nouvelle prise en charge postérieure à l'expertise réalisée par le Dr L._____ et ne produit aucune pièce

médicale subséquente qui justifierait de se renseigner sur son état de santé psychique. On peut par conséquent écarter le grief d'une instruction médicale insuffisante avancé par la recourante et se fonder sur les conclusions du Dr L. _____ dans le registre strictement somatique.

Dès lors, il convient de retenir que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle d'aide-infirmière. Elle est en revanche dotée d'une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, laquelle s'est élevée à 50 % courant mai 2017, pour atteindre 100 % courant juillet 2017.

5. a) 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.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une

comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

cc) 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 ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

c) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la

force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

d) En l'espèce, il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable au cas de la recourante. Ainsi qu'elle l'a elle-même indiqué, elle exerçait son activité habituelle d'aide-infirmière à 80 % avant d'être atteinte dans sa santé. Elle ne prétend pas avoir envisagé de porter son temps de travail à 100 % (cf. formulaire complété le 5 janvier 2017 à l'attention de l'intimé et déclarations consignées dans le rapport d'intervention précoce du 25 janvier 2017).

6. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018.

aa) Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

bb) Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est

plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

c) Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion du temps consacré par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale (cf. art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

7. Au vu de la modification de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité intervenue au 1^{er} janvier 2018, il convient de procéder en l'espèce à une double comparaison en distinguant la période du 1^{er} juillet 2017 (échéance du délai de carence d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente ; cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) au 31 décembre 2017 de celle qui court dès le 1^{er} janvier 2018.

a) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle

du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

En l'occurrence, il y a lieu de se référer à la dernière activité exercée par la recourante avant la survenance de l'incapacité de travail pertinente, soit l'activité d'aide-infirmière exercée dès octobre 2006. Selon le rapport fourni par la Fondation G._____ le 28 décembre 2016, la recourante aurait pu obtenir en 2016 un revenu annuel de 49'647 francs. Adapté à l'évolution des salaires pour 2017 (+ 0,4 % [Office fédéral de la statistique (OFS), Indice des salaires nominaux (ISS), femmes, 2011-2019, T.1.2.10]), le revenu sans invalidité se serait élevé à 49'845 fr. pour une activité exercée à un taux de 80 % et à 62'306 fr. pour une activité exercée à 100 %.

b) Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'OFS dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires ([ESS] ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

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 2017, de 4'379 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, TA 1, niveau de qualification 1, après actualisation à l'année 2017 au moyen de l'ISS). Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2017, à savoir 41,7 heures (La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'565 fr. à plein temps. C'est ainsi des revenus annuels de 54'780 fr. à 100 % et de 27'390 fr. à 50 % qu'il y a lieu de retenir au titre de revenus hypothétiques d'invalidité.

c) Pour le mois de juillet 2017, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative s'élève, après comparaison du revenu sans invalidité (49'845 fr.) avec le revenu d'invalidité (27'390 fr.), à 45 % ($[(49'845 \text{ fr.} - 27'390 \text{ fr.}) / 49'845 \text{ fr.}] \times 100$).

Pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 décembre 2017, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative est nul, après comparaison du revenu sans invalidité (49'845 fr.) avec le revenu d'invalidité (54'780 fr.) ($[(49'845 \text{ fr.} - 54'780 \text{ fr.}) / 49'845 \text{ fr.}] \times 100$).

Pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2018, le degré d'invalidité pour la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative s'élève, après comparaison du revenu sans invalidité (62'306 fr.) avec le revenu d'invalidité (54'780 fr.), à 12,1 % ($[(62'306 \text{ fr.} - 54'780 \text{ fr.}) / 62'306 \text{ fr.}] \times 100$).

8. Pour la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, l'intimé a négligé de procéder à une enquête ménagère. Il convient en l'état du dossier de se référer à l'appréciation médicale de la capacité de travail dans une activité adaptée et de considérer, sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, que les empêchements rencontrés par la recourante dans le ménage se sont élevés à 50 % jusqu'au mois de juillet 2017. A tout le moins, n'étaient-ils, selon toute vraisemblance, pas inférieurs à 20 % jusqu'à cette date. A ce stade, une enquête au domicile de la recourante ne permettrait pas de clarifier davantage les faits sur ce point. Au-delà du mois de juillet 2017, dans la mesure où la recourante se trouve dotée d'une capacité de travail entière, on peut retenir qu'elle ne rencontre pas un empêchement significatif dans l'accomplissement des tâches ménagères.

9. Il convient dès lors de déterminer le degré d'invalidité global de la recourante.

a) Pour le mois de juillet 2017, le taux d'invalidité s'élève à 46 % ($[0,8 \times 45] + [0,2 \times 50]$) au plus, respectivement à 40 % au moins ($[0,8 \times 45] + [0,2 \times 20]$).

b) Pour la période du 1^{er} août 2017 au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité global est nul ($[0,8 \times 0] + [0,2 \times 0]$).

c) Pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2018, le taux d'invalidité global s'élève à 9,7 % ($[0,8 \times 12,1] + [0,2 \times 0]$).

On ajoutera que même à considérer que les limitations fonctionnelles entraîneraient un empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères, celui-ci serait selon toute vraisemblance faible et demeurerait sans incidence sur le droit à la rente.

10. Sur le vu de ce qui précède, la recourante peut prétendre un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2017 (cf. art. 28 al. 1 et 2 LAI et art. 88a al. 2 RAI).

11. Le recours doit en définitive être admis et la décision du 24 septembre 2018 réformée dans le sens susmentionné.

a) 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Au vu des circonstances de la présente affaire, il convient de fixer les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

b) La recourante, assistée d'un mandataire professionnel, obtenant gain de cause, il y a lieu de lui allouer des dépens, arrêtés en l'occurrence à 1'500 fr. (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 admis.

- II. La décision rendue le 24 septembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que B. _____ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2017 au 31 octobre 2017. Dite décision est confirmée pour le surplus.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Inclusion handicap, Me Karim Hichri, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :