

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 janvier 2020

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Daniel Strub, Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1964, travaillait depuis le 5 juillet 2008, à 90 %, en qualité de femme de ménage au sein de l'Hôpital [...] à [...], réalisant en 2013 un salaire annuel de 47'547 francs.

En incapacité de travail depuis le 26 mai 2014 en raison d'une cervico-brachialgie gauche, l'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité le 22 octobre 2014.

Par formulaire rempli le 19 novembre 2014, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 90 %, par nécessité financière.

Le 19 janvier 2015, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) copies des rapports qu'il avait précédemment adressés au médecin généraliste traitant de l'assurée, en particulier un rapport du 4 septembre 2014, où il posait un diagnostic probable de sclérose en plaques avec brachialgies en régression partielle et douleurs neurogènes.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2015, la Dre X._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a repris le diagnostic neurologique précité et fait état d'un trouble anxio-dépressif. Elle a par ailleurs indiqué que sa patiente présentait une incapacité de travail de 50 % et a noté, à titre de limitations fonctionnelles, une limitation du port de charges et des efforts physiques, ainsi qu'une fatigabilité accrue et une productivité limitée par les douleurs articulaires.

Le 4 août 2015, le Dr C._____ a, quant à lui, estimé que dans la mesure où l'examen neurologique était non déficitaire, il ne pouvait retenir de limitations fonctionnelles et dès lors d'incapacité de travail. Il a toutefois ajouté que l'assurée souffrait en outre de douleurs des

extrémités évocatrices éventuellement d'une fibromyalgie, ce point devant faire l'objet d'une investigation rhumatologique.

Par rapport du 23 septembre 2015, le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de polyalgies diffuses en sus de celui de sclérose en plaques. Il a estimé que la capacité de travail était de 50 % et a mentionné les limitations fonctionnelles suivantes : serrer et fermer le poing, mouvements répétitifs, surcharge psychiatrique. Le suivi rhumatologique a par la suite été repris par la Dre N._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, qui a, dans un rapport du 4 février 2016, indiqué que l'assurée présentait des arthralgies périphériques symétriques touchant principalement les articulations interphalangiennes proximales et distales, ainsi que les articulations métacarpo-phalangiennes, de façon chronique, à caractère mixte. Au status, elle objectivait une minime synovite des articulations interphalangiennes proximales du majeur droit.

Dans un rapport du 20 janvier 2017, la Dre X._____ a fait état d'une péjoration de la symptomatologie, la capacité de travail de l'assurée étant depuis le 25 novembre 2016 nulle dans tout type d'activité.

Poursuivant l'instruction de la cause, l'OAI a mandaté la Polyclinique [...] (ci-après : Polyclinique M._____) pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 3 octobre 2017, les Drs H._____ et L._____ spécialistes en médecine interne générale et J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de sclérose en plaques forme poussées-rémissions, sans poussée récente (G35). S'agissant des diagnostics n'influençant pas la capacité de travail, ils ont noté un épisode dépressif ayant évolué vers une dysthymie, une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, d'un degré modéré à droite et discret à gauche, des cervico-oligo-polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée et une obésité. Selon ces médecins, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travail lourd, pas de port de

charges régulier, activité plutôt sédentaire. Concernant la capacité de travail, ils ont considéré que l'assurée présentait une capacité nulle dans son activité habituelle depuis le 28 mai 2014. Depuis lors, la capacité de travail s'était élevée à 50 % avec un plein rendement dans une activité adaptée, à l'exception des périodes durant lesquelles l'assurée avait fait face à des épisodes de poussées de la sclérose en plaques, à savoir entre mai et septembre 2014 et entre juillet et septembre 2016, où la capacité de travail avait été nulle dans toute activité.

Dans un avis du 17 octobre 2017, le Dr S. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), s'est rallié aux conclusions des experts de la Polyclinique M. _____ s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée. Il a en revanche estimé que, dans la part ménagère, il n'y avait aucune évidence d'empêchements.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 juillet 2018, le statut de l'assurée a été évalué à 90 % active et 10 % ménagère. Quant aux empêchements ménagers, ils atteignaient 7 %.

Par projet de décision du 17 juillet 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder, dès le 1^{er} mai 2015, un quart de rente fondé sur un degré d'invalidité de 43 %, puis de 47 % dès le 1^{er} janvier 2018.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 23 août 2018, alléguant, d'une part, que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100 % et, d'autre part, que sa capacité de travail était nulle dans toute activité, y compris dans ses tâches ménagères. Elle a en outre produit les documents médicaux suivants :

- Un rapport du 13 août 2018 de la Dre N. _____, attestant d'une capacité de travail diminuée compte tenu de la sclérose en plaques et des douleurs articulaires et ab-articulaires chroniques d'intensité variables, lesquelles étaient aggravées par le port de charges et les mouvements répétitifs entre

autres. L'assurée décrivait une fatigue quotidienne importante, d'origine multifactorielle (sclérose en plaques, traitement médicamenteux, douleurs articulaires). Selon ce médecin, une activité professionnelle telle que femme de ménage ou caissière n'était pas adaptée pour l'assurée. Les symptômes précités devaient être pris en compte pour déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée.

- Un rapport du 27 juillet 2018 de la Dre X._____, laquelle expliquait que toute activité physique rémunérée était incompatible avec les symptômes de sclérose en plaques avec poussées sensitives et de polyarthrite rhumatoïde.

- Un rapport établi le 3 juillet 2018 par le Dr I._____, spécialiste en radiologie, à la suite d'un scanner du thorax réalisé le 29 juin 2018, faisant état d'une discrète altération d'allure cicatricielle chronique avec discrètes bronchiectasies dans le lobe moyen et la lingula, pouvant être étiologiquement des foyers récidivants de pneumonie, l'analyse rétrospective des bases pulmonaires sur les radiographies de juillet 2010 montrant des infiltrats plus discrets mais déjà présents aux mêmes endroits.

Par décision du 25 octobre 2018, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2018, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 17 juillet 2018.

Par décision ultérieure du 21 novembre 2018, l'OAI a fixé le montant du quart de rente pour la période du 1^{er} mai 2015 au 31 octobre 2018.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, F._____ a recouru le 26 novembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 25 octobre 2018, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente

d'invalidité entière et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, la recourante a contesté la valeur probante du rapport du SMR, celui-ci ne traduisant pas les limitations constatées et ne décrivant pas l'activité adaptée de même que sa capacité de travail. A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit un rapport établi le 19 novembre 2018 par la Dre X._____, constatant une incapacité de travail totale dans tout type d'activité, compte tenu des douleurs articulaires qui persistaient malgré le traitement.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'OAI a proposé son rejet par réponse du 14 février 2019, se prévalant en particulier du rapport d'expertise de la Polyclinique M._____ du 3 octobre 2017.

Par réplique du 13 février 2019, la recourante a renvoyé à son acte de recours du 26 novembre 2018.

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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

C'est ici le lieu de relever que, dans le projet de décision du 17 juillet 2018, l'intimé a annoncé à l'assurée son intention de lui allouer un quart de rente dès le 1^{er} mai 2015, fondé sur un degré d'invalidité de 43 %, puis de 47 % dès le 1^{er} janvier 2018. La recourante a contesté ce projet, mais l'intimé a maintenu son point de vue au terme de la procédure de contestation. L'office a toutefois rendu deux décisions séparées, allouant à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2018 (décision du 25 octobre 2018), puis un quart de rente du 1^{er} mai 2015 au 31 octobre 2018 (décision du 21 novembre 2018). Or, l'assurée n'a formellement recouru que contre la première de ces décisions. Il convient néanmoins d'admettre que l'OAI ne pouvait pas statuer, dans la première décision du 25 octobre 2018, sur le droit à la rente pour la période dès le 1^{er} novembre 2018 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour les périodes antérieures. Le fait qu'il n'ait formellement statué sur ce droit, pour la période courant jusqu'au 31 octobre 2018, que le 21 novembre 2018 ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement alloués à titre rétroactif. Il n'en demeure pas moins que l'intimé était au clair, lorsqu'il a alloué un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2018, sur le droit aux prestations qu'il entendait allouer pour les périodes antérieures. Cela ressort non seulement du projet de décision

du 17 juillet 2018, mais encore de la motivation de la décision attaquée. Dans ces circonstances, le tribunal est également tenu d'examiner le droit aux prestations pour la période antérieure au 1^{er} novembre 2018.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) 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 un élément important 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 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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).

e) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 destiné à la publication). 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).

4. a) En l'occurrence, il est constant que la décision attaquée repose sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 3 octobre 2017 par les spécialistes de la Polyclinique M._____. Aux termes de ce rapport, les experts mandatés par l'OAI ont considéré que seul le diagnostic de sclérose en plaques était incapacitant et qu'en dehors des épisodes de poussées de cette maladie (mai à septembre 2014 et juillet à septembre 2016), la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, plutôt sédentaire, n'impliquant pas de port de charges régulier ni de travail lourd, ce que la recourante conteste, alléguant une incapacité totale dans tout type d'activité.

Or, l'expertise en question remplit toutes les exigences formelles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions résultent d'une analyse complète de la situation médicale - objective et subjective - de la recourante. Prenant en considération l'ensemble du dossier médical à leur disposition, tel qu'en atteste le résumé en préambule du rapport, les experts ont procédé à une anamnèse détaillée, tenu compte des plaintes de la recourante et décrit leurs constatations cliniques.

b) S'agissant de l'aspect rhumatologique, il ressort dudit rapport que la recourante souffre de cervico-oligo-polyarthralgies chroniques, d'étiologie indéterminée, étant relevé qu'aucun élément radiologique n'a permis d'objectiver une arthropathie inflammatoire ou une arthropathie microcristalline, un rhumatisme à hydroxyapatite ou encore une collagénose. Seules les douleurs, phénomène subjectif non mesurable, propre à chaque individu et, dans le cas particulier, non

explicable par une maladie rhumatologique, limitaient l'expertisée dans la reprise d'une activité professionnelle. Cela étant, les experts ont retenu que le pronostic quant à une telle reprise dans le circuit économique normal dépendait davantage des conditions psychosociales, ainsi que de la personnalité de l'expertisée que de la survenue d'une affection ostéo-articulaire spécifique.

c) S'agissant de l'aspect neurologique, les diagnostics de sclérose en plaques sous forme de poussées-rémissions, sans poussées récentes, et d'atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, d'un degré modéré à droite et discret à gauche ont été posés. Les experts ont par ailleurs noté que l'examen clinique ne révélait pas d'anomalies significatives à la station debout et aux différentes épreuves de marche. De même, l'examen des paires crâniennes était entièrement normal. Au niveau des membres, ils ont relevé une discrète vivacité des réflexes tendineux avec un cutané plantaire en flexion à droite mais indifférent à gauche, une bonne préservation de la force brute, quelques hésitations aux épreuves de coordination au niveau du membre supérieur gauche, une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre supérieur gauche et une hypopallesthésie des membres inférieurs, sans atteinte de la coordination ni de la sensibilité superficielle et posturale à ce niveau. L'électroneuromyographie réalisée en complément de l'examen clinique avait en outre confirmé l'existence d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, à prédominance à droite. De surcroît, les experts ont fait état de douleurs articulaires multiples. Sur le plan de la capacité de travail, après traitement, ils ont estimé que l'atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien n'était en principe pas cause d'une incapacité de travail significative. Seule la sclérose en plaques justifiait selon eux une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée.

d) Pour l'aspect psychique, l'expert J._____ a diagnostiqué un épisode dépressif ayant évolué vers une dysthymie (F34.1), ainsi que des facteurs psychologiques ou comportements associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54). Il a notamment précisé qu'un

épisode dépressif initié en 2003 avait duré 3 à 4 ans puis avait évolué vers une rémission, si bien qu'il se situait actuellement en-dessous du seuil admis de l'épisode dépressif léger. Il persistait encore une fragilité dépressive, avec une humeur fluctuante, des troubles du sommeil, ainsi qu'une faible estime de soi associée à des idées intermittentes d'échec et de dévalorisation. Néanmoins, ces symptômes n'étaient plus d'intensité suffisante pour entrer dans le cadre d'un épisode dépressif, mais pouvaient correspondre à une dysthymie, sans occasionner de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il a exclu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, tout en estimant, si malgré tout une composante psychosomatique colorait les plaintes algiques de la recourante, que celle-ci n'était pas incapacitante. Ce faisant, le Dr J._____ s'est référé aux indicateurs prescrits par la jurisprudence en la matière, que ce soit sous l'angle du degré de gravité fonctionnel - du point de vue de l'atteinte à la santé, de la personnalité et du contexte social - comme sous l'angle de la cohérence des troubles (cf. consid. 3e *supra*). Il a ainsi conclu que la recourante ne souffrait d'aucune pathologie psychiatrique d'intensité suffisante pour occasionner une baisse de sa capacité de travail. On peut donc se rallier à ses conclusions, étant ajouté que la recourante ne les conteste pas et ne se prévaut d'aucune atteinte d'ordre psychique dans son recours du 26 novembre 2018.

e) Cela étant dit, rien au dossier ne permet de remettre en question l'analyse des experts de la Polyclinique M._____. Contrairement à ce que soutient la recourante, la Dre N._____, dans son rapport du 13 août 2018, ne vient pas soutenir la thèse d'une pleine incapacité de travail dans tout type d'activité. Au contraire, ce médecin semble évoquer une légère amélioration des douleurs. Par ailleurs, si elle a fait mention d'une capacité de travail diminuée compte tenu de la sclérose en plaques et des douleurs articulaires et ab-articulaires chroniques d'intensité variable, elle n'a pas exclu l'exercice d'une activité adaptée, si celle-ci tenait compte des limitations fonctionnelles à savoir le port de charge et les mouvements répétitifs. On constate ainsi que l'appréciation de la Dre N._____ rejoint celle des experts de la Polyclinique M._____, lesquels ont également nié toute capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage.

S'agissant de la Dre X._____, il est relevé que ce médecin traitant n'a pas étayé son point de vue ni n'a développé les éléments qui l'ont fait retenir une incapacité totale de travail dans tout type d'activité. Elle n'a en particulier apporté aucun élément qui n'aurait pas été pris en considération par les experts et qui serait susceptible de mettre en doute leurs conclusions. Quant aux foyers récidivants de pneumonie évoqués par le Dr I._____, il ne se trouve aucun document médical au dossier qui attesterait de leur caractère incapacitant sous l'angle de l'assurance-invalidité. Enfin, le Dr C._____ a estimé, en 2015, que dans la mesure où l'examen neurologique était non déficitaire, il ne pouvait retenir de limitations fonctionnelles et dès lors d'incapacité de travail sur la base d'arguments objectivables sur le plan neurologique.

f) Au vu de ce qui précède, il ne se justifie pas de s'écarter de la solution retenue par l'OAI sur la base des conclusions des experts de la Polyclinique M._____, à savoir que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, en dehors des deux périodes de poussées de sclérose en plaque durant lesquelles la capacité de travail avait été nulle dans tout type d'activité.

5. Reste à déterminer le préjudice économique de la recourante.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité des 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 p. 53). A cet égard, il convient de distinguer,

comme la fait l'intimé, la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018.

b) 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. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

c) 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).

6. a) A titre liminaire, il sied de relever que la recourante ne critique plus, à juste titre, les conclusions de l'enquête économique sur le ménage mise en œuvre par l'intimé, qui a retenu un statut de 90 % active et 10 % ménagère et conclu à un empêchement de 7 % dans les travaux ménagers. On relève à cet égard que cette clé de répartition correspond aux indications données par la recourante dans le formulaire du 19 novembre 2014.

b) Dans sa décision entreprise, l'intimé a tout d'abord procédé à une comparaison des revenus pour la période jusqu'au 30 décembre 2017. Ce faisant, il a retenu un revenu sans invalidité de 48'119 fr. 08 et un revenu d'invalidité de 25'653 fr. 88. Compte tenu d'un empêchement de 7 % dans la tenue du ménage, le degré d'invalidité a été fixé à 43 %. Dans un second temps, l'OAI a évalué l'invalidité de la recourante pour la période dès le 1^{er} janvier 2018. A cet égard, il a retenu un revenu sans invalidité (à 100 %) de 54'596 fr. 30 et un revenu d'invalidité de 26'260 fr. 14. Eu égard à l'empêchement de 7 % précité, le degré d'invalidité a été fixé à 47 %.

Cela étant dit, la recourante n'a pas contesté la méthode de comparaison des revenus choisie ni les calculs du degré d'invalidité effectué par l'intimé. Vérifiés d'office, il apparaît qu'ils ne prêtent pas flanc à la critique. Il se justifiait en particulier de distinguer la période du 1^{er} mai 2015 au 31 décembre 2017 et celle dès le 1^{er} janvier 2018, compte tenu de la modification législative citée *supra* (cf. consid. 5). Ainsi, les degrés d'invalidité retenus par l'intimé, à savoir 43 % du 1^{er} mai 2015 au 31 décembre 2017 et 47 % dès le 1^{er} janvier 2018, peuvent être confirmés, de même que le quart de rente octroyé à la recourante sur ces bases.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 octobre 2018 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Daniel Strub, Swiss Claims Network SA (pour F. _____) ;
- 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 :