

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 octobre 2014

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

Y._____, à Vevey, intimé.

Art. 28 et 28a al. 1 LAI; 88a al. 2 RAI; 16 et 17 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère d'un enfant né le [...] septembre 2003. Titulaire d'un Certificat fédéral de capacité de décoratrice-étalagiste, elle a été engagée en qualité de décoratrice auprès de H. _____ à [...] en juin 1997 à 100% pour une durée indéterminée. Sur sa demande, elle a obtenu une diminution de son taux d'activité à 80% à partir du 26 janvier 2004. Elle a ensuite présenté une incapacité totale de travail du 1^{er} septembre 2008 au 22 mars 2009 et a repris son activité à 40% depuis le 23 mars 2009.

Dans un rapport médical du 18 mars 2009, le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, de burn out, d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, de trouble de la personnalité, avec probable modification durable de la personnalité après des expériences traumatiques, d'antécédent de tentamen, d'obésité, de lombodorsalgies et de maltraitance et abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence.

Le 24 avril 2009, 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). Sur le formulaire de demande, elle a précisé quant au genre d'atteinte à la santé souffrir d'une dépression sévère - burn out - depuis l'enfance.

Le 13 mai 2009, H. _____ a établi un rapport d'employeur à l'attention de l'OAI. Il en ressort que pour un taux d'activité de 80%, l'assurée aurait perçu un salaire annuel de 55'809 fr. (13^e salaire y compris) en 2009, sans atteinte à sa capacité de travail.

D'après l'extrait de compte individuel de l'assurée transmis le 13 mai 2009 à l'OAI, H. _____ a versé à l'assurée un salaire de 36'844 fr. pour les mois de juillet à décembre 1997, de 62'447 fr. pour l'année 1998,

de 58'846 fr. pour l'année 1999, de 61'349 fr. pour l'année 2000, de 62'435 fr. pour l'année 2001, de 63'168 fr. pour l'année 2002, de 62'208 fr. pour l'année 2003, de 44'433 fr. pour l'année 2004, de 52'390 fr. pour l'année 2005, de 48'388 fr. pour l'année 2006 et de 53'480 fr. pour l'année 2007.

Le 17 mai 2009, l'assurée a rempli un questionnaire de l'OAI en indiquant que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80%, comme infographiste, pour la création et la maintenance de sites internet, à domicile, par intérêt personnel, nécessité financière et équilibre.

Dans un rapport médical du 9 juin 2009, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué qu'elle présentait plusieurs traumatismes psychologiques dans ses antécédents, se manifestant par des troubles du comportement alimentaire, une instabilité psychique et depuis 2007 des troubles somatoformes (douleurs thoraciques, articulaires et troubles de l'équilibre). Il a également précisé qu'à l'exception de restrictions mentales, il n'y avait pas de restriction sur le plan somatique, hormis d'éventuelles séquelles d'une lésion traumatique du poignet droit en 2006 par auto-agression.

Sur demande de l'OAI, le Dr K._____ a complété le 7 août 2009 un rapport médical, duquel il ressort, comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, épisode actuel sévère (F33.2) depuis l'enfance, un trouble de la personnalité, personnalité paranoïaque (F60.0), des lombodorsalgies, une maltraitance et des abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence. Quant aux diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le médecin a indiqué une hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, une surcharge pondérale et un antécédent de tentamen. Le pronostic était défavorable, avec probable installation d'une chronicité dépressive, d'une exacerbation de la personnalité paranoïaque et d'un

risque d'effondrement somatopsychique. S'agissant de l'évolution et du pronostic, le médecin a ajouté les éléments suivants :

« Lente évolution du trouble dépressif. Le trouble de la personnalité et le rapport au monde paraît difficilement modifiable. Perspective de traitement psychiatrique au long cours en raison de la menace toujours présente d'effondrement somatopsychique.

La capacité de travail me semble définitivement limitée à 50% du moins dans le type de milieu de travail actuel en raison de l'interprétativité, de l'environnement vécu comme hostile, d'une tolérance au stress extrêmement faible et du caractère anxiogène et dépressiogène du milieu de travail compte tenu des fragilités présentées par la patiente.

Un maintien de la capacité, voire une amélioration de la capacité de travail me paraît possible à la condition que Madame N. _____ puisse fonctionner dans un environnement respectant ses vulnérabilités, à savoir une unité de travail de type familial.

Au long cours dans le milieu actuel, l'évolution de sa capacité de travail est compromise.

Aussi, compte tenu d'une formation n'offrant plus aucune ouverture sur le marché du travail, une orientation professionnelle et un reclassement sont préconisés ».

Par communication du 30 septembre 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible en raison de son état de santé. Le droit à une éventuelle rente serait par conséquent examiné.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 14 octobre 2009 au domicile de l'assurée. Dans son rapport daté du même jour, l'enquêtrice a notamment relevé les éléments suivants :

« L'assurée est mère d'un enfant né en 2003. Elle a repris son travail à 50% du 80% le 23 mars 2009. Cette dernière touche encore sa perte de gain. Le garçon de 6 ans va tous les jours chez la maman de jour, mange à midi chez elle et est amené à l'école le matin, pendant la pause de midi et ramené le soir. Il est scolarisé en 2^{ème} enfantine toute la journée du lundi au vendredi sauf le mercredi. Mme N. _____ déclare que son indépendance économique est primordiale en raison de son passé. Elle tient énormément à son travail et retravaillerait à 80% si elle était en bonne santé, la maman de jour garderait le garçon pendant les heures de travail comme c'est le cas à l'heure actuelle ».

L'assurée a été considérée comme active à 80% et ménagère à 20%. L'enquêtrice a en outre procédé à la description des empêchements dus à l'invalidité et a retenu un taux d'invalidité au ménage de 19,40%.

Dans un rapport médical du 7 mars 2010, le Dr K._____ a confirmé les diagnostics posés sur le plan psychiatrique dans son précédent rapport et a conclu que la capacité de travail de l'assurée était définitivement de 50%. Sur le plan somatique, elle souffrait d'une activation sévère d'un trouble asthmatiforme, probablement en lien avec ses conditions de travail.

Au vu de ces éléments, l'Institut universitaire romand de santé au travail (ci-après : l'IST) a ouvert une enquête. Dans son rapport d'enquête du 17 juin 2010, il a mis en évidence des symptômes respiratoires compatibles avec un asthme d'origine professionnelle en lien avec l'utilisation de substances irritantes (colles et solvants) ainsi qu'un possible syndrome psycho-organique lié aux solvants. Une annonce de maladie professionnelle a été déposée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans un rapport médical du 30 juin 2010 à la CNA, le Dr G._____, spécialiste en pneumologie, allergologie et immunologie clinique, médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité totale de travail à compter du 10 juin 2010 en raison d'un asthme professionnel et allergique, indiquant que le problème était lié à la place de travail de l'assurée, conformément au rapport de l'IST.

Dans le cadre de la procédure d'examen de maladie professionnelle, l'assurée a été soumise à un examen médical le 19 août 2010 auprès du médecin-conseil de la CNA, le Dr V._____. Dans son rapport du 9 septembre 2010, celui-ci a indiqué que le diagnostic de maladie professionnelle au sens de l'art. 9 al. 1 LAA pouvait être retenu. Il en a conclu que l'assurée ne pouvait pas continuer son activité de décoratrice dans l'atelier, qui l'exposait à des aérosols de colle. En

revanche, dans une activité ne l'exposant pas à ces substances, sa capacité de travail était de 50% en raison d'une autre maladie d'origine non professionnelle, conformément au certificat du Dr K._____. Le Dr V._____ a en outre contacté H._____ pour un éventuel reclassement à l'interne, lequel n'était pas possible dans la mesure où aucun poste vacant dans un autre atelier correspondant aux qualifications de l'assurée n'existait.

Au vu de sa situation, l'assurée a recherché des possibilités de reconversion. Par courrier du 28 septembre 2010, par le biais de son mandataire, elle a fait savoir à l'OAI qu'une connaissance active dans le graphisme était disposée à l'engager à temps partiel pour autant qu'elle suive des cours d'informatique. A cet égard, elle a requis l'aide financière de l'OAI.

Par décision du 11 octobre 2010, la CNA a déclaré l'assurée inapte à tout travail avec exposition à l'aérosol de la colle Sabaspray 178, avec effet immédiat.

Dans un rapport du 12 octobre 2010 du Service médical régional (ci-après : le SMR), la Dresse R._____ a conclu que l'assurée présentait une atteinte respiratoire incompatible avec la poursuite de son activité habituelle, mais sans répercussion dans une activité adaptée ne l'exposant pas aux substances incriminées. Toutefois, elle présentait également une atteinte à la santé psychique, chronique, limitant sa capacité de travail à 50% dans toute activité.

Le 14 octobre 2010, l'assurée a transmis à l'OAI un courrier du 12 octobre 2010 de l'entreprise I._____, qui se déclarait prête à lui proposer une place de stage de graphiste. La durée du stage serait en outre adaptée à l'achèvement de la formation correspondante nécessaire.

Par communication du 22 novembre 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée un reclassement professionnel, prenant en charge les coûts de

formation de polygraphe pour une durée de deux ans dès le 10 janvier 2011 à un taux de 50% auprès de l'entreprise I._____.

Par courrier du 18 janvier 2012, l'assurée a informée l'OAI être intéressée à suivre des cours complémentaires nécessaires au bon déroulement de sa formation. A cette fin, elle a requis de l'OAI une prolongation d'une année de sa mesure de reclassement professionnel auprès de l'entreprise I._____.

Le 25 mai 2012, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts de la prolongation de la formation de l'assurée jusqu'au 20 décembre 2013.

Au terme du reclassement professionnel, I._____ a engagé l'assurée à 50% dès le 23 décembre 2013 pour une durée indéterminée avec un salaire annuel de 39'000 francs.

Par projet de décision du 14 octobre 2013, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a conclu que le degré d'invalidité, étant inférieur à 40% dans le cas de l'assurée, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Il a notamment considéré que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 80% en qualité de décoratrice et aurait perçu un revenu annuel de 57'273 fr., en se basant sur le salaire annuel indiqué par H._____ en 2009, indexé à 2013. Il a ainsi procédé à une comparaison des revenus comme suit :

« **Comparaisons des revenus :**

sans invalidité	CHF 57'273.00	
avec invalidité	CHF 39'000.00	
la perte de gain s'élève à	CHF 18'273.00	= invalidité de 31.91%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	31.91%	25.52%
Ménagère	20%	19.40%	3.88%

Degré d'invalidité

29.40% ».

Le 31 octobre 2013, l'assurée, toujours représentée, s'est opposée à ce projet de décision. Elle a principalement contesté son statut d'active à 80% et par conséquent le revenu sans invalidité pris en compte par l'OAI. Elle a fait valoir que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% à compter du 1^{er} janvier 2012, au motif que son fils était devenu davantage autonome. Son mandataire a notamment précisé les éléments suivants :

« Mais, ce qui gêne le plus, c'est évidemment le taux d'activité retenu pour l'évaluation du gain sans invalidité.

[...]

En réalité, comme cela a été confirmé par l'employeur, l'emploi [chez H. _____] a été initié à 100%, et n'est passé à 80% qu'en janvier 2004, sur demande de l'assurée [...].

A cet égard, il convient de savoir que Mme N. _____ a accouché de son fils, [...], le [...] septembre 2003. Cet enfant a souffert de problèmes de santé dès sa naissance. Il avait même eu un arrêt cardiaque avant la naissance, et a été placé dès sa naissance en soins intensifs durant trois semaines. Cet enfant a gardé une santé fragile et a subi deux opérations et de nombreuses hospitalisations. Il va fréquemment chez les médecins. Cet élément est reflété également par votre dossier, soit dans le rapport d'enquête ménagère du 14 octobre 2009, spécialement page 4, chiffre 6.6, où il est mentionné que votre assurée conduit régulièrement son enfant aux rendez-vous médicaux et aux séances chez les divers médecins, ainsi que chez son psychologue, avec mention encore que l'enfant est asthmatique.

Ce sont uniquement les difficultés d'organisation liées à la santé de son fils, dans ses premières années, qui ont fait que Mme N. _____ avait demandé à travailler à 80%, et non pas à 100%, comme elle aimait le faire, ainsi qu'elle en a fait la preuve par l'acte entre 1997 et 2004.

[...]

Nul doute donc que Mme N. _____, en fonction de son vécu d'une part (dont il a été relevé dans les pièces médicales qu'il avait pour effet de la motiver à conserver une indépendance personnelle et financière, indépendamment de situation de famille) et vu ce qu'elle vous aura démontré, d'autre part, était destinée à reprendre, au moment de la survenance de ses problèmes de santé en 2008, un emploi à plein temps, à tout le moins à moyenne échéance.

L'enquête qui a été réalisée, selon le formulaire de complément à la demande AI, à votre demande (réf. Form. 531 bis), en mai 2009, comportait une information d'une activité qui aurait été de 80%, si l'emploi avait pu être repris de suite. Toutefois, à cette époque, le fils de votre assurée n'avait pas encore atteint l'âge de 6 ans ! [...] L'enquête économique sur le ménage, du 14 octobre 2009, déjà cité, était donc inutile et fondée sur de fausses prémisses. Du moins son

utilité n'est-elle avérée que sur la période où l'on peut considérer que Mme N._____ aurait encore, mais provisoirement, conservé une activité à temps partiel (80% seulement).

En réalité, au fur et à mesure que son fils grandissait et acquérait de la maturité, Mme N._____ l'a responsabilisé, par exemple en lui remettant une clef de l'appartement, ou en le laissant effectuer certains trajets seul, y compris pour se rendre à ses consultations médicales. Toutes ces circonstances auraient permis, si votre assurée n'avait pas été affectée par ses problèmes de santé, de solliciter à nouveau un passage à un taux d'activité de 100%, lorsque son fils aurait atteint l'âge de 8 ans, soit en 2011 (pour simplifier, au 1^{er} janvier 2012, date fréquemment retenue pour des changements d'organisation professionnelle).

[...] Si l'on extrapole les chiffres qui sont fondés sur les montants communiqués par H._____, qui ne sont eux-mêmes pas contestés, pour tenir compte d'un 100% théorique, le revenu de Mme N._____ aurait été supérieur à Fr. 71'000.-- annuels, ce qui aurait conduit à retenir une invalidité économique de l'ordre de 45% à l'heure actuelle.

Au vu de ce qui précède, il me semble que vous devriez accéder à l'octroi d'un quart de rente, avec effet au 1^{er} janvier 2012 ».

Par décision du 17 février 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 octobre 2013 refusant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a motivé sa décision dans un courrier séparé daté du même jour. En substance, il a considéré qu'il ne ressortait aucunement de l'instruction et des pièces du dossier que l'assurée aurait baissé son taux d'activité en 2004 de 100% à 80% en raison de la santé précaire de son fils, ni qu'elle aurait repris un taux d'activité de 100% suivant l'évolution de celui-ci. Les informations fournies par l'assurée dans le formulaire 531bis du 17 mai 2009 ne vont pas à l'encontre du taux d'activité de 80% retenu. Les raisons invoquées par l'assurée à cette époque (« intérêt personnel », « nécessité financière » et « équilibre ») ne faisaient aucune référence à des motifs liés à la prise en charge de son fils et elle n'émettait pas non plus de réserve pour l'avenir dans ce sens. Les premières déclarations de l'assurée, sans équivoque à ce sujet, devaient par conséquent être retenues, conformément à la jurisprudence relative aux déclarations des assurés.

B. Par acte de son mandataire du 24 mars 2014, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal, en concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à la constatation de son droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014, et, subsidiairement, à son renvoi à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Comme dans son opposition, elle conteste le taux d'activité sans atteinte à la santé de 80% retenu par l'intimé et soutient que la déclaration qu'elle a faite en mai 2009 « ne permet nullement de préjuger ce qu'il en serait aujourd'hui, alors que [...] [son fils] a 10 ans ».

Dans sa réponse du 12 juin 2014, l'intimé a proposé le rejet du recours en reprenant substantiellement la motivation de la décision querellée.

Le 4 juillet 2014, la recourante a répliqué et confirmé ses arguments.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

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

3. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI).

aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité)

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 (revenu d'invalidé).

En vertu de la jurisprudence, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est celui de la naissance du droit à une (éventuelle) rente d'invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1; ATF 128 V 174; cf. également TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.3); les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus pouvant influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (TFA I 511/03 du 13 septembre 2004 consid. 5.1).

bb) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

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

la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TFA I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs « travaux habituels » (ménage), l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3).

c) Par ailleurs, de manière générale, le principe de la libre appréciation des preuves est pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA). Le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui

paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La jurisprudence accorde, dans un premier temps, une valeur probante aux déclarations d'un assuré. Cependant, conformément à la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder en principe la préférence à celle qu'un assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a; 115 V 133 consid. 8c).

d) Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (cf. art. 17 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie.

La capacité de gain peut se dégrader par la survenance d'une nouvelle maladie ou par la détérioration de l'atteinte préexistante ainsi que par un changement de statut de l'assuré (ch. 4007 CIIAI).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et aux circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence; TF 9C_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.1). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b).

Ainsi, toute modification de fait entraînant un changement du mode d'évaluation de l'invalidité peut constituer un motif de révision de la rente au sens de l'art. 17 LPGA. Le Tribunal fédéral des assurances a ainsi maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 475 consid. 1b/aa, 113 V 273 consid. 1a et les références citées).

Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus, méthode spécifique, méthode mixte). L'attribution de l'assurée à l'une ou l'autre de ces trois catégories s'effectue en fonction de ce qu'elle aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En particulier, la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les

arrêts cités). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en considération aussi des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent être en règle générale déduites d'indices externes (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine; TFA I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1 et les références citées). 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 d'une modification du taux d'activité professionnelle, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

4. Dans la décision querellée du 17 février 2014, l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, retenant que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 80% et consacré la part de 20% restante à la tenue du ménage. Il a par conséquent appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et constaté un degré d'invalidité de 29.40%.

La recourante soutient au contraire que, sans atteinte à la santé, elle aurait repris son activité lucrative à 100% dès le 1^{er} janvier 2014, ce qui entraînerait l'utilisation de la méthode de comparaison des revenus, portant son degré d'invalidité à plus de 40% et lui ouvrant le droit à un quart de rente.

5. a) Dans le cadre de son opposition du 31 octobre 2013 au projet de décision, la recourante a allégué devant l'OAI que sans invalidité, elle aurait repris une activité à 100% dès que son enfant aurait atteint l'âge de huit ans en septembre 2011, voire dès le début de l'année civile qui a suivi. Elle conclut aujourd'hui à l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2014. On peut déduire de cette conclusion que la recourante a réexaminé son point de vue et qu'elle ne soutient plus, à ce jour, qu'elle aurait repris son ancienne activité professionnelle à 100% dès le mois de septembre 2011 ou le début de l'année civile qui a suivi si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, mais en janvier 2014 seulement.

L'intimé se fonde essentiellement sur un questionnaire rempli en mai 2009 par la recourante à l'attention de l'OAI ainsi que sur le rapport d'enquête économique sur le ménage effectuée en octobre 2009, desquels il ressort que la recourante travaillerait à 80% si elle était en bonne santé. Il allègue qu'aucune pièce au dossier, de même que les déclarations de l'assurée à l'époque, ne permettent de présumer que l'assurée aurait repris son activité à 100%. A cet égard, il invoque la jurisprudence relative à la valeur probante des premières déclarations de l'assuré et estime que les déclarations de la recourante dans son opposition, de même que dans son recours, affirmant que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100%, ne peuvent être prises en compte.

La recourante explique qu'elle avait baissé son taux d'activité de 100% à 80% en janvier 2004 en raison de la naissance de son fils, en septembre 2003, et des problèmes de santé qu'il présentait. Elle fait valoir qu'elle a toujours travaillé à 100% auparavant. Elle insiste en outre sur le fait que la déclaration qu'elle a faite en 2009, alors que son fils avait cinq ans, ne permet pas de préjuger son statut à la date de la décision litigieuse, où son fils avait atteint l'âge de 10 ans.

b) Selon ses premières déclarations, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 80% sans atteinte à la santé. On doit admettre que si elle avait envisagé un nouveau changement à brève ou moyenne échéance, elle l'aurait également mentionné, en particulier lors de son entretien avec l'enquêtrice sur le ménage, où la question de son taux d'activité à été expressément discutée. En revanche, aucune question n'a été directement posée à la recourante sur son avenir professionnel à plus longue échéance, sans atteinte à la santé. On ne peut donc pas déduire de ses déclarations, alors que son fils était âgé de cinq ans, qu'elle aurait maintenu un taux d'activité de 80% - et non de 100% - jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire de son fils, voire plus longtemps encore. La recourante a insisté lors de son entretien avec l'enquêtrice sur sa volonté de rester financièrement indépendante, ce qui est crédible au regard notamment de son parcours personnel. Avant la naissance de son fils, elle

a toujours travaillé à 100 %. Enfin, elle a démontré une forte motivation pour son reclassement professionnel, ce qui appuie ses allégations relatives à sa volonté d'indépendance. Elle disposait d'une solution de garde, puisqu'elle était organisée avec une maman de jour. Dans cette mesure, on peut admettre comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, elle aurait repris son activité professionnelle à 100% dès le 1^{er} janvier 2014, soit dès le début de l'année civile qui a suivi le 10^{ème} anniversaire de son fils. Au vu des dernières conclusions de la recourante, comme on l'a vu, on doit considérer qu'elle ne soutient plus, à ce jour, qu'elle aurait repris plus vite une activité professionnelle à 100%. Au demeurant, cette hypothèse n'aurait pas été la plus vraisemblable, dans la mesure où elle aurait sans doute mentionné ce souhait à courte ou moyenne échéance dans son entretien avec l'enquêtrice sur le ménage.

c) En l'espèce, on ne se trouve pas en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un même fait. La recourante ne conteste d'ailleurs pas ses déclarations faites en cours de procédure administrative en 2009. Elle a en réalité indiqué une modification importante des circonstances intervenue entre le jour où l'enquête économique sur le ménage a été réalisée et le jour où elle a formé recours.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans retient une modification du taux d'activité hypothétique sans invalidité de la recourante à compter du 1^{er} janvier 2014.

6. Etant admis que la recourante travaillerait sans invalidité à 100% dès le 1^{er} janvier 2014, un changement de méthode d'évaluation de l'invalidité s'impose. Il y a lieu de calculer le degré d'invalidité selon la méthode de comparaison des revenus en lieu et place de la méthode mixte.

a) Le revenu d'invalidité s'élevait en 2013 à 39'000 francs. Quant au salaire sans invalidité de la recourante, qui s'élevait en 2009 à

55'809 fr. (cf. rapport de l'employeur du 13 mai 2009), il doit être adapté à un taux d'activité hypothétique de 100% et se monte alors à 69'761 fr. 25 (55'809 x 1.25). Ce montant doit encore être indexé à l'évolution des salaires nominaux entre 2010 et 2013. Le salaire sans invalidité ainsi adapté s'élève à 72'091 fr. 85 (+ 0.8% en 2010; + 1.0% en 2011; + 0.8% en 2012; + 0.7% en 2013; cf. Indice suisse des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique).

b) Le calcul du degré d'invalidité est en définitive le suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	72'091 fr. 85
avec invalidité	39'000 fr. 00
perte de gain	33'091 fr. 85 (72'091 fr. 85 - 39'000 fr. 00)
degré d'invalidité	45.9% (33'091 fr. 85 x 100 / 72'091 fr. 85)

Le degré d'invalidité étant de 45.9%, il convient de reconnaître le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité.

7. Il reste à déterminer le moment à partir duquel le droit à la rente doit être reconnu.

Comme la modification de la rente n'est pas justifiée par une évolution de l'état de santé de la recourante, à savoir par un phénomène pathologique labile, mais qu'elle s'inscrit dans un contexte où celui-ci apparaît comme stabilisé, il peut être fait abstraction du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI pour fixer la naissance du droit à un quart de rente (TFA I 930/05 du 15 décembre 2006 consid. 5; I 599/05 du 6 février 2006 consid. 5.2.3 et les références).

La recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014.

8. En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014.

9. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause et qui est assistée d'un mandataire professionnel, a droit à l'octroi de dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 2'200 francs, à charge de l'intimé.

**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 17 février 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que N. _____ a droit à un quart de rente invalidité à compter du 1^{er} janvier 2014.
- III.** Les frais de justice, 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 N._____ le montant de 2'200 fr. (deux mille deux 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 à :

- Me Olivier Carré (pour N._____),
- 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 :