

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 mars 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

M. Bidiville et Mme Feusi, assesseurs

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28a LAI ; art. 25 al. 1 let. b RAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en 1999 et 2003, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce, travaillait pour le compte de K. _____, à [...], en qualité d'assistante ressources humaines à 50 % depuis le 1^{er} juillet 2004.

Le 21 février 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), faisant état notamment de dépression, d'obésité morbide, de douleurs physiques diverses, de diminution des capacités et de vertiges (perte de connaissance en août 2012). Elle a indiqué avoir été incapable de travailler à 100 % du 31 août au 4 novembre 2012 et à 50 % de son 50 % du 5 novembre 2012 au 4 février 2013.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2013, l'intéressée travaillait en qualité de collaboratrice spécialisée Support. Elle percevait un salaire annuel de 34'658 fr., depuis le 1^{er} janvier 2013, pour un horaire de travail de 4 h 10 par jour (50 %), avant et après l'atteinte à la santé. Ce salaire correspondait au rendement. L'assurée avait été incapable de travailler à 100 % du 18 au 21 février 2011, le 7 juin 2012, du 23 au 26 août 2012 et du 31 août au 4 novembre 2012 et à 50 % du 5 novembre 2012 au 4 février 2013.

Dans un rapport médical du 13 mars 2013, le Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif persistant, après syncope convulsivante (22 août 2012), et de status après syncope convulsivante (22 août 2012) et sans effet sur la capacité de travail de status après by-pass gastrique pour obésité classe III (avril 2004), status après correction d'une éventration para-ombilicale (juin 2008), status après cholécystectomie (novembre 2000) et status après accident de la circulation, avec traumatisme crânio-cérébral (TCC)

simple et plaie frontale gauche (mai 1990). Il a observé que le malaise aigu remontait à plus de six mois, sans récurrence, et qu'il avait entraîné des répercussions sur le comportement de la patiente, bien soutenue par une psychothérapie à raison d'une consultation hebdomadaire. Le praticien a ajouté que l'assurée présentait un état dépressif depuis longtemps, qu'il l'avait adressée à la fin du mois de mars 1995 à la Policlinique [...], ses collègues ayant déjà retenu un épisode dépressif, chez une personnalité de structure psychotique. Le pronostic, à moyen et long terme, n'allait à son avis pas dépendre de l'épisode de perte de connaissance mais bien des troubles de la personnalité, étant précisé que cela devait être vu avec la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de la patiente. Le Dr C._____ a ensuite retenu que la capacité de travail avait été nulle du 31 août au 4 novembre 2012 puis partielle (50 % du 50 % habituel) du 5 novembre 2012 au 4 février 2013. Les restrictions physiques étaient les suivantes : vertiges, perte d'équilibre, difficultés de concentration, surtout dans le langage, et bouffées de chaleur dans les situations de stress. Le praticien a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible d'un point de vue médical, précisant que l'intéressée avait souhaité elle-même reprendre son activité habituelle à partir du 5 février 2013 et qu'il était difficile de savoir si elle était capable de faire face à la pression (notamment extérieure) ressentie à son travail. Il a estimé que les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales, « *en fonction du progrès de la psychothérapie* ». Le praticien pouvait en outre s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % du temps habituel de 50 % à partir du 5 février 2013. Il a finalement considéré qu'une activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, nécessitant de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage n'était pas exigible et que la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance était limitée.

Dans un rapport médical du 20 mars 2013, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de vertiges, troubles de la concentration, malaise le 22 août 2012, d'obésité morbide : gastroplastie en 2004, d'œsophagite stade II

diagnostiquée en 2009 et d'état dépressif connu depuis 1995 et sans effet sur la capacité de travail d'hypothyroïdie traitée depuis le 27 novembre 2000 et de lombalgies chroniques sur discopathies pluriétagées, gonalgies droites de longue date. Le chirurgien a renvoyé à l'avis des Drs C. _____ et W. _____ s'agissant du pronostic. Il a rapporté que l'intéressée avait été incapable de travailler à 100 % du 31 août au 4 novembre 2012 puis à 50 % du 5 novembre 2012 au 4 février 2013, l'arrêt de travail ayant été délivré par la Dresse W. _____. Il s'attendait à une reprise de l'activité professionnelle à 100 % dès le 5 février 2013.

Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 25 mars 2013, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 50 % comme assistante ressources humaines par intérêts financier et personnel.

Dans un rapport médical du 8 avril 2013, la Dresse W. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (F 33), de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0) depuis 1995 et de syncopes convulsivantes d'origine vasovagale probable survenues les 22 août 2012 et 20 mars 2013 et sans effet sur la capacité de travail d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F 50.4), d'obésité morbide malgré un by-pass effectué en 2005 et d'ulcère duodéal et hypothyroïdie sous traitement depuis plusieurs années. Elle a observé une nette aggravation de la psychopathologie en place (fatigabilité excessive, sentiments de détresse avec idéation suicidaire, altération des capacités cognitives avec difficultés de concentration et de mémoire, ainsi que perte durable de la capacité de travail) après les syncopes convulsivantes. Le pronostic demeurerait réservé en raison de la complexité du tableau psychopathologique en place, de son caractère durable et de la présence d'une comorbidité associée. La psychiatre a fait état d'une incapacité de travail à 100 % du 22 août au 4 novembre 2012, à 50 % du 5 novembre 2012 au 4 février 2013 et à 100 % depuis le 20 mars 2013. Elle a observé un affaiblissement non négligeable des capacités de résistance à l'effort associé au dysfonctionnement cognitif évoqué, interférant avec les performances au travail qui

paraissaient, de ce fait, durablement compromises. Une activité dans un travail protégé assortie d'une rente lui paraissait dès lors indiquée. La Dresse W._____ a par ailleurs estimé que les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales et qu'une reprise de l'activité professionnelle habituelle n'était pas envisageable, car la perte de la capacité de travail concernant le poste occupé avait un caractère durable. Finalement, s'agissant des limitations fonctionnelles, elle a relevé un important sentiment d'insécurité généré par la crainte irrationnelle d'être abandonnée ou mal jugée et une intolérance à la frustration. En ce qui concernait les fonctions cognitives liées à l'activité, elle a retenu une limitation de la capacité de concentration/attention engendrant une lenteur non négligeable dans l'accomplissement des tâches professionnelles et domestiques et une limitation de la capacité d'adaptation au changement augmentée par la survenue des troubles cognitifs, comme facteur de comorbidité important.

Dans un avis médical du 25 avril 2013, le Dr G._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail nulle (dans toute activité), probablement durablement, et que ses limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, fatigabilité et idéation suicidaire.

Le 22 mai 2013, l'OAI a reçu trois certificats médicaux, dont un de la Dresse W._____, daté du 16 avril 2013, attestant que l'assurée était incapable de travailler du 21 mars au 15 avril 2014.

Selon une note de suivi de l'OAI datée du 2 juillet 2013 résumant un entretien téléphonique avec l'assurée, cette dernière avait repris le travail à 50 % (trois matins par semaine durant 3 h 30) depuis le 29 avril 2013. Ce taux lui convenait car il lui permettait de se reposer l'après-midi. L'intéressée avait par ailleurs eu un rendez-vous avec la P._____, à [...], pour une expertise médicale psychiatrique demandée par l'assureur perte de gains de son employeur.

Le 18 septembre 2013, l'OAI a reçu une copie du rapport d'expertise de la P._____. Dans ce rapport daté du 2 juillet 2013, la Dresse Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), en phase de maintenance en lien avec le stress au travail ressenti et son sentiment de ne pas être à la hauteur des tâches qu'on lui demandait de réaliser. Elle a relevé que les limitations fonctionnelles d'origine médicale étaient en lien avec une fragilité de l'estime de soi, ne permettant pas à l'assurée de s'adonner à des tâches sans craindre de ne pas être à la hauteur. Elles influaient également sur la capacité d'adaptation et le rythme de travail du fait d'une fatigue physique ne lui permettant pas de travailler plusieurs heures d'affilée et d'une difficulté au niveau des interactions avec les autres, craignant toujours que l'on remette en question ses compétences ou qu'on dise qu'elle était lente. Elles concernaient également les facultés neurocognitives en raison de difficultés de concentration et d'attention. L'experte a retenu qu'au jour de l'entretien la capacité de travail était de 50 % horaire et 100 % de rendement. Elle serait à 100 % horaire et rendement de ses 50 % le 2 août 2013, « à condition que l'explorée soit compliant à son traitement et que la posologie de celui-ci soit augmentée ».

Dans un rapport médical du 13 octobre 2013, la Dresse W. _____ a répété les diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail posés dans son rapport médical du 8 avril 2013, en ajoutant le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble cognitif persistant, depuis août 2012, suivi d'une perte de la capacité de travail dans l'activité exercée habituellement. Elle a observé que l'évolution depuis son dernier rapport du 8 avril 2013 témoignait d'une aggravation durable du trouble cognitif (affaiblissement des capacités de concentration et de mémoire en particulier), d'une fatigabilité accrue et d'une perte considérable des performances professionnelles dans l'activité que la patiente exerçait habituellement, qu'un essai de reprise du travail à 100 % dès le 3 août 2013 révélait une fois de plus ladite dégradation et que, faute de pouvoir travailler dans une activité adaptée, cette dernière occuperait dès le 1^{er} novembre 2013 un poste à temps partiel (30 %) dont le profil semblait davantage correspondre à ses capacités de travail réelles. La psychiatre a également relevé que la présence d'une lenteur non négligeable interférait avec les performances de l'assurée au travail qui paraissaient, de ce fait, durablement compromises. Par ailleurs, les restrictions ne pouvaient pas être réduites par des mesures médicales, car l'altération des capacités professionnelles avait un caractère durable, l'intéressée donnant à ce jour satisfaction dans un travail à temps partiel aux tâches simplifiées. L'octroi d'une demi-rente paraissait dès lors judicieux. La Dresse W. _____ a ensuite encore répété qu'une reprise de l'activité professionnelle n'était pas envisageable, la perte de la capacité de travail dans le poste occupé habituellement ayant un caractère durable. Finalement, outre les limitations fonctionnelles déjà mentionnées dans son rapport médical du 8 avril 2013, elle a relevé un sentiment d'hostilité s'accompagnant d'agressivité verbale lors des phases de décompensation, des difficultés de type pragmatique en situation de stress, une lenteur importante due au trouble cognitif en place et une somnolence diurne occasionnelle. En ce qui concernait les fonctions cognitives liées à l'activité, elle a retenu une limitation de la capacité de concentration/attention susceptible d'engendrer une lenteur non négligeable dans l'accomplissement des tâches professionnelles et

domestiques et une augmentation des difficultés d'adaptation déjà existantes en raison de l'aggravation des troubles cognitifs.

Selon une note d'entretien « *avec contact entreprise* » du 31 octobre 2013, l'assurée avait baissé son taux contractuel à 30 % dès le 1^{er} novembre 2013 car elle ne pouvait assumer les tâches qui lui étaient demandées. Dans l'activité adaptée qu'elle occupait depuis sa reprise, tout se passait bien. Elle effectuait de la correspondance et des tâches administratives simples qui n'étaient pas liées à un facteur temps important et qui ne lui provoquaient donc pas de stress. Le salaire avait été adapté au nouveau taux mais restait inchangé sur la base.

Selon une note de suivi du 5 novembre 2013, l'assurée a indiqué que son salaire brut à 100 % était de 5'332 fr. et qu'en raison de son état de santé, son taux d'occupation était de 29.27 % depuis le 1^{er} novembre 2013, ce qui représentait douze heures par semaine, réparties généralement sur trois demi-journées.

Par communication du 4 décembre 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, dans la mesure où sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Ce même 4 décembre 2013, la Dresse W._____ a adressé au Dr G._____ un rapport du 2 septembre 2013 des Drs A._____ et M._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à la Policlinique [...] du Centre [...] (ci-après : le L._____).

Le 19 mars 2014, la Dresse W._____ a adressé au Dr G._____ une copie de l'examen neuropsychologique effectué le 3 février 2014 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du L._____. Dans le rapport y relatif et son courrier d'accompagnement, tous deux datés du 12 février 2014, la Prof. V._____, cheffe de service à l'unité de neuropsychologie, a relevé que l'évaluation avait mis en évidence une sensibilité aux interférences, un ralentissement

psychomoteur et de probables signes de la lignée anxio-dépressive. De plus, la patiente présentait d'importantes plaintes cognitives. Pour apprécier la nature éventuellement évolutive des troubles, la professeur a recommandé de procéder à un bilan d'évolution six à douze mois plus tard. Enfin, elle a relevé que les troubles cognitifs constatés lors de l'évaluation étaient de nature à diminuer partiellement la capacité de travail.

Dans un rapport SMR du 2 avril 2014, le Dr G. _____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et des troubles neuropsychologiques comme atteintes principales à la santé, un troubles mixte de la personnalité et des syncopes convulsivantes comme pathologies associées du ressort de l'AI et un status après by-pass gastrique comme facteurs/diagnostics non du ressort de l'AI. Il a estimé la capacité de travail exigible à 30 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité et une intolérance au stress. Le médecin a en outre préconisé une réévaluation de la situation une année plus tard, dans la mesure où une amélioration sur le plan dépressif et éventuellement neuropsychologique n'était pas exclue à l'avenir.

Une enquête économique sur le ménage a eu lieu le 23 juillet 2014. Dans son rapport du 7 août 2014, l'enquêtrice a retenu un statut de 50 % active et de 50 % ménagère, le taux d'invalidité pour la partie ménagère s'élevant à 31.5 %. Selon l'enquêtrice, lors de l'évaluation, une aide raisonnablement exigible de la part du mari ainsi qu'un coup de main de la part des enfants avaient été pris en compte. C'était le cas pour le poste « alimentation » (mari et enfants), « entretien du logement » (mari et enfants), « emplettes et courses diverses » (mari), « lessive et entretiens des vêtements » (enfants) et « soins aux enfants ou aux autres membres de la famille » (mari).

Par projet de décision du 4 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de sa volonté de rejeter la demande de prestations. Il a retenu ce qui suit :

"Résultats de nos constatations :

Vous avez déposé une demande de prestations AI le 21 février 2013.

Selon les informations dont nous disposons, vous présentez une incapacité de travail depuis le mois d'août 2012. C'est donc à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année.

Au vu des renseignements en notre possession, et selon vos déclarations, nous avons retenu que, sans atteinte à la santé, vous exerceriez une activité lucrative à un taux de 50 % et consacreriez le 50 % restant à la tenue de votre ménage. Nous vous avons dès lors considérée comme une personne active à 50 % et ménagère à 50 %.

Lors de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile le 23 juillet 2014, les empêchements que vous rencontrez dans l'accomplissement de vos tâches ménagères ont été évalués à 31,5 %.

Après analyse de votre situation, il ressort qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le mois d'août 2013, vous avez récupéré une capacité de travail de 30 %, et ce dans toute activité professionnelle.

Le taux d'invalidité sur la part active se calcule comme suit :

$$\frac{50 \% (\text{taux d'activité en bonne santé}) - 30 \% (\text{capacité de travail résiduelle})}{\times 100} \frac{50\% (\text{taux d'activité en bonne santé})}{50} = 40 \%$$

Le degré d'invalidité dans les deux domaines (active et ménagère) est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50 %	40 %	20 %
Ménagère	50 %	31,5 %	15.75 %

Degré d'invalidité 35,75 %

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

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée."

Le 2 décembre 2014, l'assurée a fait part de ses objections sur le projet de décision précité. En résumé, elle a soutenu que depuis sa première syncope en août 2012, sa vie avait été complètement bouleversée. Elle avait de la peine à remplir ses obligations et n'était plus

apte à affronter et gérer les aléas du quotidien car son corps l'en empêchait (fatigue chronique, vertiges, bouffées de chaleur, maux de tête, palpitations et nausées pouvant aller jusqu'à une diarrhée aiguë). Elle subissait également des douleurs physiques. Si les quelques heures passées au bureau lui faisaient du bien moralement, elle avait de la peine à s'adapter aux changements continuels, au stress, à la pression et au bruit. Il y avait également eu un impact majeur sur sa vie personnelle (une aide de ménage venait l'aider une fois par semaine pour le nettoyage de la salle de bains, l'aspirateur et la panosse et un lave-vaisselle avait été installé). L'intéressée a par ailleurs allégué que l'état général de sa santé se dégradait jour après jour. Elle avait des incontinences urinaires et fécales et avait eu deux thromboses à quelques mois d'intervalle. Elle a finalement énuméré les médicaments qu'elle prenait, avant de renvoyer à la Dresse W. _____ et de rappeler que la Prof. V. _____ avait également relevé une incapacité de travail.

Dans un avis médical SMR du 9 décembre 2014, les Drs G. _____ et R. _____, médecin au SMR, ont retenu que le courrier de l'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau, cette dernière estimant simplement que l'ensemble de ses problèmes médicaux l'empêchait de travailler à plus que 29.27 % (taux de son contrat), ce que le SMR avait admis dans son rapport d'avril 2014.

Le 29 janvier 2015, l'assurée, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, a fait part de nouvelles observations sur le projet de décision susmentionné. En substance, elle a d'abord soutenu que sa situation de santé s'était aggravée depuis les dernières investigations médicales et le rapport SMR du 2 avril 2014. Elle avait de plus en plus de peine à monter et descendre les escaliers et à marcher en raison de douleurs au dos et aux genoux, présentait depuis peu des incontinences tant fécales qu'urinaires qui engendraient un handicap certain et une maladie thrombotique veineuse récidivante avait été diagnostiquée. Un examen devait avoir lieu le 16 février 2015 chez le Dr J. _____, spécialiste en pneumologie, et un nouvel examen neuropsychologique était prévu le 3 mars 2015. Il se justifiait dès lors d'investiguer plus avant

les nouveaux problèmes médicaux présents depuis environ quatre mois, étant précisé qu'ils avaient des incidences tant sur les tâches ménagères que dans le cadre professionnel. Ensuite, l'intéressée a fait valoir que le taux d'invalidité de la part active n'avait pas été retenu correctement. Il y avait lieu d'effectuer une comparaison du revenu qu'elle percevait avant son atteinte à la santé avec le revenu qu'elle aurait pu réellement réaliser à 30 % dans une activité adaptée sur les bases de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) et un abattement d'au moins 15 % aurait dû être appliqué sur le revenu d'invalidité. Par ailleurs, l'enquête économique du ménage du 23 juillet 2014 n'était plus d'actualité, compte tenu de ses nouvelles limitations et atteintes à la santé et du fait que nombre de postes y avaient été surévalués. L'assurée a encore ajouté que l'expertise effectuée par la P. _____ le 2 juillet 2013 était truffée d'erreurs, qui jetaient un doute sur sa crédibilité. Finalement, elle a allégué que son emploi risquait de ne plus être adapté non plus, son lieu de travail ayant été totalement restructuré depuis le 1^{er} janvier 2015. L'intéressée a notamment joint à ses déterminations :

- un rapport du 2 septembre 2014 du Dr F. _____, spécialiste en gastroentérologie, retenant que la patiente se plaignait de selles molles depuis le by-pass, avec occasionnellement des diarrhées deux-trois jours, et environ une fois par semaine des accidents défécatoires. Il a retenu que les diarrhées semblaient imputables au by-pass avec une éventuelle intolérance alimentaire, que la maladie de Crohn paraissait improbable, que l'incontinence était surtout favorisée par les diarrhées mais aussi par une hypotonie sphinctérienne qui semblait rentrer dans le cadre de l'obésité, une dyssynergie compliquant la situation chez une patiente avec antécédents de constipation avant le by-pass.
- un rapport médical du 12 janvier 2015 de la Prof. D. _____ et du Dr E. _____, respectivement cheffe de service et médecin assistant au Service d'angiologie du L. _____, posant le diagnostic principal de maladie thrombotique veineuse récidivante (avec notamment résidu thrombotique sur la grande veine saphène (GVS) à mi-cuisse et

quelques synéchies dans la partie distale de la cuisse et status post thrombose veineuse superficielle sur la GVS gauche le 9 septembre 2014, respectivement diagnostiquée le 28 octobre 2013).

Dans un avis médical SMR du 11 février 2015, les Drs G._____ et R._____ ont retenu que, bien que les éléments apportés par le conseil de l'assurée n'aient a priori pas été de nature à remettre en cause la capacité de travail exigible retenue par le SMR en avril 2014, il fallait envoyer un nouveau rapport au Dr C._____ et lui demander aussi le résultat du bilan neuropsychologique prévu le 3 mars 2015.

Dans un rapport médical du 10 avril 2015, le Dr C._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif (depuis plusieurs années), de status après syncopes convulsivantes (22 août 2012 et mars 2013) et de troubles cognitifs et a repris les diagnostics sans effet sur la capacité de travail posés dans son rapport médical du 13 mars 2013. Il a répété que le pronostic dépendait du status psychiatrique et des troubles cognitifs, à évaluer avec la Dresse W._____. Il a ajouté que l'assurée signalait un manque de concentration, une fatigabilité et un ralentissement psychomoteur. Elle supportait relativement mal un environnement bruyant et avait de la peine à intégrer des notions nouvelles. Le moral était fluctuant mais paraissait plus stable depuis l'introduction de l'Olanzapine. Le praticien ne s'est pas prononcé sur l'éventuelle exigibilité de l'activité exercée d'un point de vue médical et a renvoyé à la Dresse W._____ s'agissant de la question de savoir si les restrictions énumérées pouvaient être réduites par des mesures médicales et si une reprise de l'activité professionnelle était envisageable. Il a ensuite répété qu'une activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, nécessitant de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage n'était pas exigible et que la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance était limitée. Il a en outre adressé à l'OAI le rapport médical précité du 2 septembre 2013 des Drs A._____ et M._____, ainsi qu'un rapport médical du 4 mars 2015 de la Prof.

V._____ et de S._____, psychologue, faisant suite à un examen ambulatoire du 3 mars 2015. Elles y retenaient que cet examen avait mis en évidence des difficultés de gestion des interférences et une perturbation des capacités d'attention divisée et que le tableau était stable par rapport à l'évaluation du 3 février 2014, hormis une discrète péjoration de l'apprentissage mnésique en modalité verbale, étant précisé que, globalement, elles pouvaient exclure une péjoration progressive.

Dans un avis médical SMR du 13 août 2015, les Drs R._____ et Q._____, médecin au SMR, ont conclu que l'atteinte cognitive semblait stable, sans péjoration. Il n'y avait pas lieu, sur la base du rapport médical du Dr C._____, de retenir une capacité de travail inférieure à 30 %.

Dans un courrier du 11 décembre 2015, reçu le 19 janvier 2016 par l'OAI, le Dr C._____ a relevé que la situation médicale de la patiente avait évolué défavorablement depuis son rapport du 10 avril 2015. Il a exposé que le 26 septembre 2015, l'intéressée avait fait une chute banale et avait développé à nouveau plusieurs thromboses veineuses du membre inférieur gauche, sa maladie veineuse représentant par ailleurs un handicap important lors des stations debout. Le praticien a observé que l'assurée souffrait aussi d'une gonarthrose bilatérale prédominant à droite et de lombalgies aspécifiques, dans le cadre d'un déconditionnement physique global, avec atrophie musculaire lombaire et discopathies étagées. Les limitations fonctionnelles qui en dépendaient étaient les suivantes : limitations de la capacité de rester debout, le piétinement et même de rester assise pendant des périodes prolongées de plus de quinze à vingt minutes, avec nécessité d'alterner régulièrement la position debout et assise, absence de port de charge supérieure à 5 kg, pas d'activité réalisée en porte-à-faux, pas de marche prolongée, pas de montée d'escalier ou d'échelle. Ces limitations étaient également associées à une certaine diminution du rendement, compte tenu de l'obésité sévère, avec une ptose abdominale sévère qui gênait la position assise et debout prolongée, les transferts entre les positions. Le Dr C._____ a en outre souligné que l'intéressée présentait un syndrome

d'apnées du sommeil et qu'un test itératif de latence d'endormissement avait objectivé une somnolence diurne, avec une moyenne de latence d'endormissement à 7.8 minutes (la somnolence diurne étant habituellement considérée comme sévère avec une latence inférieure à 8 minutes). Il était donc difficile pour elle de fournir une attention et une concentration prolongées. Le praticien a encore relevé que l'assurée souffrait d'une incontinence urinaire mixte, de type efforts et urgence, et d'une incontinence anale, les séances de physiothérapie de proprioception n'ayant pas modifié les symptômes. Le minimum de confort de la patiente restait ainsi tributaire de toilettes de proximité et accessibles en tout temps. En conclusion, le Dr C._____ a retenu que l'ensemble de ces atteintes somatiques venait altérer la capacité de travail de l'intéressée et se rajoutait aux troubles psychiatriques et cognitifs qui étaient au premier plan au mois d'avril 2015. Dans ce contexte, son incapacité de travail lui paraissait totale, quelle que soit l'activité. Le praticien a joint à son courrier le rapport du 2 septembre 2014 du Dr F._____ précité et un rapport du 26 mai 2015 du Centre [...] au Dr J._____.

Le 11 février 2016, l'OAI a enregistré les réponses de l'employeur de l'assurée à un courrier qu'il lui avait adressé le 26 octobre 2015. Au moyen d'annotations manuscrites, ce dernier a répondu par la négative à la question de savoir s'il versait une part de salaire social à l'assurée. Par ailleurs, à la question de savoir en quoi consistait les changements de tâches intervenus, selon les indications de l'intéressée, depuis le 1^{er} janvier 2015, il a déclaré que ses tâches étaient les mêmes et qu'il n'y avait eu aucun changement.

Il ressortait d'une communication interne à l'OAI du 25 février 2016 que compte tenu des réponses données par l'employeur en février 2016, l'assurée pouvait assumer son 30 % sans difficulté et que le rapport médical du 11 décembre 2015 du Dr C._____ n'apportait rien de nouveau.

Par décision du 23 mai 2016, identique à son projet du 4 novembre 2014, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée.

Dans un courrier d'accompagnement daté du même jour, un juriste de l'OAI a notamment retenu que le dossier médical avait été actualisé et que les dernières pièces médicales ne faisaient pas état d'une évolution négative de son état de santé. Les limitations fonctionnelles observées par le Dr C._____ restaient inchangées depuis son rapport médical de mars 2013 et n'avaient aucune influence sur l'activité de bureau de l'intéressée. Les diarrhées étaient qualifiées d'occasionnelles et les accidents défécatoires survenaient une fois par semaine, de sorte qu'il ne se justifiait pas de retenir de limitations fonctionnelles ou de réduction de la capacité de travail relativement à ce problème. Le juriste de l'OAI a ajouté qu'il ne lui semblait pas non plus nécessaire de procéder à une nouvelle enquête ménagère, l'aide du conjoint ne dépassant à son avis pas ce qui était exigible, dans la mesure où elle correspondait en partie à celle apportée avant l'atteinte à la santé et où l'aide supplémentaire ne concernait que les tâches ponctuelles parfaitement compatibles avec son âge et son activité lucrative. Par ailleurs, la capacité de travail de 30 % était toujours exigible médicalement, l'employeur réinterrogé ayant confirmé un rendement normal et un salaire correspondant à ce dernier, sans salaire social.

B. Par acte du 24 juin 2016, I._____, représentée Me Primault, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, « *selon taux d'invalidité fixé à dire de justice* ». En substance, elle a fait valoir que l'intimé n'avait pas tenu compte de toutes les pièces médicales figurant au dossier pour statuer en pleine connaissance de cause. A cet égard, elle a allégué qu'il n'avait pas repris contact avec la Dresse W._____ depuis son dernier rapport du 18 septembre 2013, que le rapport du 11 décembre 2015 du Dr C._____ ne semblait pas avoir été soumis au SMR pour appréciation et que ce n'était pas le rôle d'un juriste de l'OAI de décider de ne pas retenir de réduction de la capacité de travail en lien avec les diarrhées et accidents défécatoires. Enfin, selon le bilan neuropsychologique du 4 mars 2015, l'atteinte cognitive n'était pas stable contrairement à ce qu'avait compris de manière erronée le SMR. L'OAI ne

pouvait dès lors retenir que la capacité résiduelle de travail à hauteur de 30 % n'avait pas changé. La recourante a ensuite contesté le calcul du taux d'invalidité dans la part active. Selon elle, il aurait fallu prendre en compte une part de salaire social, l'assurée ne pouvant plus continuer son emploi comme avant, ayant réduit d'elle-même son poste à 29.27 % et ayant dû subir un changement de poste, contrairement à ce qu'avait répondu lapidairement son employeur. L'OAI aurait ainsi dû investiguer plus avant ce point. Il aurait en outre fallu appliquer un abattement de 15 % au moins sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte des limitations importantes rencontrées (sommolence, troubles de la concentration, agoraphobie, accidents défécatoires et urinaires hebdomadaires, etc.), étant précisé que même un taux d'abattement de 10 % voire 5 % aurait ouvert un droit à la rente. Finalement, l'intéressée a considéré que des empêchements erronés avaient été retenus dans l'enquête économique sur le ménage, l'enquêtrice ayant manifestement eu des difficultés à reconnaître et apprécier l'ampleur des atteintes psychologiques et des empêchements en résultant. La recourante a encore sollicité une expertise bi-disciplinaire (comportant un volet psychiatrique). Elle a produit un courrier du 15 juin 2016 que la Dresse W._____ avait adressé à Me Primault et dont on extrait ce qui suit (sic) :

"[...] Or. il se trouve que depuis mon rapport du 18.09.2013 l'OAI n'a pas jugé nécessaire à me recontacter.

D'autant plus, dans un contexte où il m'apparaît évident que l'association des troubles psychiques à une comorbidité aux pathologies multiples peut avoir des répercussions largement nuisibles sur l'état de santé de l'intéressée ainsi que sur sa vie familiale et socio-professionnelle.

D'où l'intérêt d'une estimation globale - psychique et somatique - permettant de juger au plus près de la perte réelle des capacités lucratives respectives.

Une péjoration progressive de la pathologie anxieuse et dépressive de Mme I._____, ayant engendré des manifestations phobiques sous forme d'agoraphobies, une fatigabilité importante, une restriction sévère de la sphère d'intérêts, des accès répétés d'hyperphagie boulimique associés aux problèmes de diarrhée et d'incontinence anale - préalablement existants, mais loin d'être « occasionnels » - est survenue dans le courant de l'année 2015, lors de la maladie et du décès de son père en octobre de la même année.

La présence d'un syndrome d'apnée du sommeil, diagnostiqué lors d'une somnographie effectuée en mai 2015, provoque une inversion du rythme nyctéméral avec somnolence diurne excessive, assouplissements fréquents et baisse importante des capacités cognitives.

En raison de la dégradation de l'état de santé de Mme I. _____ à partir de 2015, une diminution de sa capacité lucrative dans le domaine ménager me semble tout à fait plausible.

Je fais notamment référence aux limitations durables provoquées par le syndrome d'apnée du sommeil (fatigue excessive, somnolence diurne, assouplissements fréquents et baisse importante des capacités cognitives) ou encore à celles d'ordre phobique (agoraphobie) concernant les activités extérieures à la maison (emplettes et courses diverses).

L'octroi d'une rente, compte tenu de l'ensemble des atteintes somatiques et psychiques en place, me paraît dès lors judicieux"

Dans sa réponse du 27 septembre 2016, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il a en particulier relevé que le dossier de la recourante avait été actualisé et soumis à plusieurs reprises au SMR. Bien que l'intéressée lui ait reproché de ne pas avoir contacté sa psychiatre, le rapport du 15 juin 2016 de cette dernière n'apportait aucun élément nouveau. Il s'agissait d'une autre appréciation du même problème connu. L'OAI a en outre estimé que la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire était inutile, le dossier médical étant suffisamment instruit. Il a ajouté que compte tenu des déclarations de l'employeur, il n'y avait pas lieu d'admettre un salaire social. Par ailleurs, tous les éléments ayant une incidence sur le revenu d'invalidé avaient été pris en considération, si bien qu'il n'était pas justifié de procéder encore à un abattement. Finalement, l'OAI a considéré que le rapport d'enquête ménagère détaillé et motivé devait être suivi.

Par réplique du 25 novembre 2016, la recourante a persisté dans toutes les conclusions prises dans son recours et en particulier celle relative à la mise en place d'une expertise bi-disciplinaire judiciaire. En résumé, elle a soutenu qu'il était faux de prétendre que le SMR s'était déterminé en pleine connaissance de cause, comme il était faux de prétendre que le rapport du 15 juin 2016 de la Dresse W. _____ n'apportait aucun élément médical nouveau. Le fait de ne pas avoir sollicité de cette dernière un rapport médical pendant presque trois ans

démontrait que l'instruction du dossier n'avait pas été menée avec diligence et n'était pas à jour. Selon l'intéressée, il était en outre incompréhensible que l'OAI n'ait pas tenu compte des diagnostics posés par la Dresse W._____ une fois en possession de son rapport, alors même que ceci avait un impact sur la capacité de travail résiduelle et les empêchements. L'intéressée a ajouté que l'intimé n'avait entrepris aucune démarche pour éclaircir la question de la part sociale de son salaire, ce qui contrevenait à l'obligation d'instruire le dossier qui lui incombait. Pour le surplus, elle a renvoyé à son recours, notamment s'agissant des limitations qui auraient dû être prises en compte pour déterminer le taux d'abattement applicable.

Dans sa duplique du 22 décembre 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présentait, en raison d'une atteinte à la santé, un degré d'invalidité susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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

l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

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).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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 un 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.

c) 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; TF 9C_827/2016 du 31 juillet 2017 consid. 5.1) : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 130 V 393).

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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1). C'est la méthode générale de comparaison des

revenus (art. 28a al. 1 LAI cum art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29).

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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI cum art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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 sur 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).

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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI cum art. 27bis RAI ; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale

de la personne assurée résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

Afin de satisfaire aux exigences de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) concernant une conception non discriminatoire de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, telles que formulées dans l'arrêt Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09), le Conseil fédéral a procédé à une modification des dispositions réglementaires topiques (art. 27 RAI, art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI et les dispositions transitoires de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017, RO 2017 7581). Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Attendu toutefois que la décision querellée – dont la date détermine les dispositions applicables d'un point de vue temporel au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1 et 127 V 467 consid. 1) – a été rendue le 23 mai 2016, la modification réglementaire précitée n'est pas applicable *in casu* (TF 9C_8/2018 du 14 mars 2018 concid. 2.3, 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 2.2 et 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 6.2 ; voir également lettre circulaire AI n° 372 de l'Office fédéral des assurances sociales) mais pourra, le cas échéant, être prise en compte dans le cadre d'une procédure de révision ultérieure.

dd) 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 ; TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient

en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI, bien qu'ils ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.2 et 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_830/2016 du 3 mars 2017 consid. 5.4 et 9C_80/2016 du 10 août 2016 consid. 5.1).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et

compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et 143 V 409 consid. 4.5.3).

d) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_662/2016 du 15 mars 2017 consid. 2.2 et 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 et 125 V 193 consid. 2 ; TF 9C_718/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.2).

5. En l'espèce, la recourante a en premier lieu contesté la capacité de travail telle que retenue par l'intimé. Elle a fait valoir à cet égard que la péjoration de son état de santé, attestée par les Drs C._____, W._____ et V._____, n'avait pas été prise en considération et que le dossier n'avait pas été suffisamment instruit.

a) La décision litigieuse de l'OAI se fondait principalement sur l'avis SMR du 2 avril 2014, confirmé par la suite par les avis SMR des 9 décembre 2014, 11 février 2015 et 13 août 2015. Les médecins du SMR ont posé les diagnostics principaux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de troubles neuropsychologiques. Ils ont également retenu un troubles mixte de la personnalité et des syncopes convulsivantes comme pathologies associées du ressort de l'AI et un

status après by-pass gastrique comme facteurs/diagnostics non du ressort de l'AI. Ils ont estimé que la capacité de travail de la recourante était exigible à 30 %, les limitations fonctionnelles étant un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité et une intolérance au stress.

b) Dans ses deux premiers rapports médicaux (13 mars 2013 et 10 avril 2015), le Dr C._____ a posé des diagnostics avec effet sur la capacité de travail similaires à ceux retenus par le SMR, puisqu'il a relevé un état dépressif persistant, un status après syncope convulsivante et des troubles cognitifs. Il en allait de même pour les limitations fonctionnelles (vertiges, perte d'équilibre, difficultés de concentration, surtout dans le langage, et bouffées de chaleur dans les situations de stress ainsi que limitation de la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance), sous réserve de certaines limitations sans véritable impact sur l'activité professionnelle exercée par la recourante (pas d'activité exercée principalement en marchant, accroupi, à genoux, nécessitant de soulever/porter ou de monter sur une échelle/un échafaudage). L'évaluation faite par le Dr C._____ de la capacité de travail de l'intéressée était également globalement compatible avec l'avis du SMR. Il a estimé, en mars 2013, que l'activité habituelle n'était plus exigible d'un point de vue médical, avant de mentionner quelques lignes plus loin qu'il pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle au taux habituel de 50 % à partir du 5 février 2013 (rapport médical du 13 mars 2013 point 1.7, respectivement 1.9), et ne s'est pas prononcé sur la question en avril 2015, se contentant de renvoyer à la Dresse W._____.

Ce n'est ainsi que le 11 décembre 2015 que le Dr C._____ a, pour la première fois, clairement exclu toute capacité de travail de l'intéressée dans quelque activité que ce soit et fait mention d'une maladie veineuse chronique, d'une gonarthrose, de lombalgies, d'une apnée du sommeil et d'une incontinence urinaire mixte, ayant un effet sur la capacité de travail de sa patiente.

A teneur du dossier, il apparaît toutefois que le Dr C._____ ne peut pas être suivi pour les motifs suivants. Premièrement, la

recourante souffrait depuis plusieurs années d'une maladie thromboembolique veineuse récidivante et avait déjà développé des thromboses veineuses superficielles en 2013 et 2014 (rapport médical du 12 janvier 2015 de la Prof. D. _____ et du Dr E. _____), sans que le Dr C. _____, ni aucun autre médecin, n'ait jamais considéré que ces pathologies aient pu avoir un effet sur sa capacité de travail. Or, le praticien n'a pas expliqué pour quelles raisons les thromboses veineuses apparues après la chute du 26 septembre 2016 - dont il n'est fait aucune mention ailleurs dans le dossier -, aurait eu cette fois un effet sur la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, la limitation fonctionnelle retenue en lien avec cette pathologie (handicap important en station debout) n'a pas de véritable impact sur l'activité d'employée de commerce exercée habituellement par l'intéressée.

La recourante souffrait également de longue date de gonalgies et de lombalgies (rapport médical du 20 mars 2013 du Dr U. _____ les jugeant, au demeurant, sans effet sur la capacité de travail). Or, une fois encore, le Dr C. _____ n'a pas démontré en quoi elles se seraient aggravées depuis avril 2015, ni pourquoi elles auraient subitement eu un impact sur la capacité de travail de l'intéressée. Il s'est au contraire contenté de les mentionner et d'énumérer les limitations fonctionnelles en découlant, sans objectiver son propos. De surcroît, dans tous les cas, les limitations fonctionnelles retenues en lien avec ces pathologies (limitations de la capacité de rester debout, le piétinement et de rester assise pendant des périodes de plus de quinze à vingt minutes, nécessité d'alterner régulièrement la position debout et assise, absence de port de charge supérieure à 5 kg, pas d'activité réalisée en porte-à-faux, pas de marche prolongée, pas de montée d'escalier ou d'échelle) n'étaient pas incompatibles avec l'activité habituelle de la recourante.

On relèvera encore que les difficultés d'attention et de concentration ainsi que la somnolence diurne que le Dr C. _____ a mises en lien avec l'apnée du sommeil diagnostiquée en mai 2015 étaient elles aussi déjà connues, le praticien, respectivement la W. _____, en ayant déjà fait mention par le passé (rapports médicaux des 13 mars 2013 et 10

avril 2015, respectivement rapport médical du 13 octobre 2013). Le Dr C. _____ n'a toutefois pas démontré une péjoration de celles-ci depuis lors, qui aurait justifié de revoir à la baisse la capacité de travail résiduelle de la recourante. De plus, l'apnée du sommeil n'a pas eu d'effet concret sur la capacité de travail de l'intéressée, dans la mesure où, malgré cette pathologie, elle a pu travailler à 30 % depuis le 1^{er} novembre 2013, à la satisfaction de son employeur, sans diminution de rendement (ce dernier a confirmé en février 2016 qu'il n'y avait pas de part sociale dans le salaire qu'il lui versait).

Finalement, force est de constater que le Dr C. _____ n'a pas justifié pourquoi, alors que la recourante souffrait d'une incontinence mixte et annale depuis 2014 au moins (rapport du 2 septembre 2014 du Dr F. _____) et que ni lui, ni aucun autre médecin, ne l'avait jamais mentionnée parmi les diagnostics avec effet sur la capacité de travail par le passé, il se justifiait soudain de retenir que cette pathologie avait un effet sur la capacité de travail. Par ailleurs, dans les faits, celle-ci n'a pas empêché l'intéressée d'effectuer son activité habituelle à 30 % à la satisfaction de son employeur et sans diminution de rendement.

Au vu de ce qui précède, on ne voit pas pour quel motif on devrait s'éloigner des conclusions du SMR au profit de l'appréciation du Dr C. _____ qui, comme souligné, n'a apporté aucun élément nouveau.

c) En 2013, la Dresse W. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, troubles mixtes de la personnalité, troubles cognitifs persistant et syncopes convulsivantes d'origine vasovagale probable les 22 août 2012 et 20 mars 2013 (rapports médicaux des 8 avril 2013 et 13 octobre 2013), analogues à ceux retenus par le SMR. Les limitations fonctionnelles mentionnées à cette époque (fatigabilité excessive, sentiments de détresse avec idéation suicidaire, altération des capacités cognitives avec difficultés de concentration et de mémoire, important sentiment d'insécurité, intolérance à la frustration, sentiment d'hostilité avec agressivité verbale lors des phases de décompensation, difficultés de type pragmatique en

situation de stress, lenteur importante, somnolence diurne occasionnelle, limitation de la capacité de concentration/attention et de la capacité d'adaptation au changement) étaient elles aussi globalement comparables à celles du SMR et n'ont pas empêché la recourante d'exercer son activité professionnelle à 30 % à la satisfaction de son employeur. La psychiatre a d'ailleurs admis que le profil du poste à 30 % occupé depuis le 1^{er} novembre 2013 lui semblait correspondre davantage aux capacités réelles de la recourante et que cette dernière donnait satisfaction dans un travail à temps partiel aux tâches simplifiées (rapport médical du 13 octobre 2013 points 1.7 et 1.8).

Dans son courrier du 15 juin 2016, la Dresse W. _____ a fait état d'une péjoration progressive de la pathologie anxieuse et dépressive de la recourante « *ayant engendré des manifestations phobiques sous forme d'agoraphobies, une fatigabilité importante, une restriction sévère de la sphère d'intérêts, des accès répétés d'hyperphagie boulimique associés aux problèmes de diarrhée et d'incontinence anale* », survenue dans le courant de l'année 2015, ainsi que la présence d'un syndrome d'apnée du sommeil diagnostiqué en mai 2015. Elle n'a toutefois pas objectivé son propos, se limitant à énumérer les problèmes de santé de sa patiente, en contradiction avec le reste du dossier. En effet, comme mentionné ci-dessus (consid. 5b supra), la fatigabilité, les diarrhées, la somnolence diurne et l'incontinence anale étaient déjà connues de longue date sans qu'elles n'aient jamais été considérées comme ayant un effet sur la capacité de travail de l'intéressée. En outre, l'hyperphagie, qui n'était pas non plus un diagnostic nouveau, avait été qualifiée de « sans effet sur la capacité de travail » en 2013 par la psychiatre elle-même (rapports médicaux des 8 avril 2013 et 13 octobre 2013). De surcroît, la Cour observe que dans son courrier du 15 juin 2016, la Dresse W. _____ s'est contentée de faire une hypothèse en se référant uniquement aux empêchements dans le domaine ménager (pour rappel, elle a écrit qu'en raison de la dégradation de l'état de santé de l'intéressée dès 2015, « *une diminution de sa capacité lucrative dans le domaine ménager [lui] sembl[ait] tout à fait plausible* »), de sorte que son appréciation n'est dans

tous les cas pas pertinente pour l'examen de la capacité résiduelle de travail de la recourante.

En conclusion, les informations apportées par la Dresse W._____ ne sont pas suffisantes pour remettre en cause les conclusions du SMR, faute d'élément objectif nouveau propre à faire naître un doute quant à celles-ci.

d) La Prof. V._____ a relevé une sensibilité aux interférences, un ralentissement psycho-moteur et de probables signes de la lignée dépressive (courrier du 12 février 2014), respectivement des difficultés de gestion des interférences et une perturbation des capacités d'attention divisée (rapport médical du 4 mars 2015). Selon elle, les troubles cognitifs constatés lors de l'évaluation du 3 février 2014 étaient de nature à diminuer partiellement la capacité de travail de la recourante. Les diagnostics retenus par le SMR étaient compatibles avec l'avis de la professeur, tout comme le fait d'avoir évalué la capacité résiduelle de travail de l'intéressée à 30 %. La discrète péjoration de l'apprentissage mnésique en modalité verbale mise en exergue par la Prof. V._____ en mars 2015 ne permet pas non plus de remettre en cause l'appréciation du SMR, ce d'autant plus que cette dernière n'a pas expressément chiffré la capacité résiduelle de travail de l'intéressée et qu'elle a exclu, globalement, une péjoration progressive de son état neurologique (rapport médical du 4 mars 2015).

Pour le surplus, on relèvera encore qu'aucun autre document médical figurant au dossier ne permet de s'écarter des conclusions des médecins du SMR. Le Dr U._____ s'est contenté de renvoyer aux constatations des Drs C._____ et W._____, sans prendre position personnellement sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, et la Dresse Y._____, qui a retenu une capacité de travail à 100 % du 50 % dès le 2 août 2013, n'a pas été suivie par le SMR. Finalement, les Drs F._____, D._____ et E._____ ainsi que A._____ et M._____ ne se sont pas non plus prononcés sur la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de discuter plus avant leur avis.

e) L'appréciation des médecins du SMR repose sur une analyse complète des pièces mises à disposition. Ils ont eu accès au dossier médical de la recourante (anamnèse) et se sont vus soumettre les rapports des médecins appelés à se prononcer sur son cas, ainsi que les écritures de l'intéressée et de son conseil. En cours d'instruction, le SMR n'a en outre pas hésité à demander un complément d'information au Dr C. _____ (avis médical SMR du 11 février 2015). L'appréciation de la situation médicale de la recourante est exempte de contradictions et les conclusions du SMR sont claires et convaincantes. Il y a par conséquent lieu d'admettre que celles-ci répondent aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, même si elles ne reposent pas sur des examens cliniques effectués personnellement par les médecins du SMR et les avis médicaux de ces médecins étaient relativement succincts. Le fait que la Dresse W. _____ n'ait pas été invitée par l'OAI à se déterminer une nouvelle fois sur le cas de la recourante postérieurement à 2013 ne suffit pas à créer un doute, même faible, quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation médicale du SMR, ce d'autant plus que les éléments apportés par la psychiatre dans son courrier de juin 2016 étaient déjà connus du SMR. Il n'en va pas autrement du fait que le courrier du 11 décembre 2015 du Dr C. _____ n'ait pas été traité dans un avis médical SMR spécifique. Les thromboses veineuses, gonarthroses, lombalgies et incontinence urinaire et fécale mentionnées par le praticien à cette occasion figuraient déjà dans le courrier de Me Primault du 29 janvier 2015, sur lequel le SMR a pris position le 11 février 2015. Les problèmes de somnolence diurne et les difficultés de concentration qui en découlaient n'étaient pas non plus nouveaux, la Dresse W. _____ en ayant fait mention dans son rapport médical du 13 octobre 2013 qui avait été lui aussi soumis au SMR (rapport SMR du 2 avril 2014).

f) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 30 %, les limitations fonctionnelles étant un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité et une intolérance au stress.

6. La recourante a également contesté le calcul du taux d'invalidité dans la part active, soutenant que son salaire comportait une part de salaire social qui n'avait pas été prise en compte par l'intimé et qu'un abattement de 15 % au moins aurait dû être appliqué au salaire avec invalidité vu ses limitations fonctionnelles.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). Dans ce contexte, on évaluera le revenu que l'assuré pourrait encore réaliser dans une activité adaptée avant tout en fonction de la situation concrète dans laquelle il se trouve. Lorsqu'il a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidité (ATF 139 V 592 consid. 2.3 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 5.4.1 et 9C_311/2009 du 2 décembre 2009 consid. 3.1). Selon l'art. 25 al. 1 let. b RAI, des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie, parce que sa capacité de travail limitée ne le lui permet pas, ne font pas partie du revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité. La preuve de l'existence d'un salaire dit « social » est toutefois soumise à des exigences sévères, car on doit partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 117 V 18 ; TF 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 4.1).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472

consid. 4.2.1 ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_677/2015 du 25 janvier 2016 consid. 3.3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2).

b) La Cour de céans constate préalablement qu'en l'espèce, l'OAI a appliqué à juste titre la méthode mixte pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante, dès lors que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité à mi-temps (formulaire de détermination du statut du 25 mars 2013).

Il n'y a par ailleurs pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la situation qu'a fait l'intimé s'agissant de la question du salaire social. En effet, la recourante n'a pas démontré qu'une part du salaire versé par K._____ ne correspondait pas à son rendement. De surcroît, aucun élément au dossier ne permet de remettre en cause l'affirmation de l'employeur, qui a clairement nié tout salaire social dans le cas présent en

février 2016, ce d'autant plus que le pourcentage de travail de l'intéressée (30 %) correspondait parfaitement à la capacité résiduelle de travail telle que retenue par les médecins. Même si de nouvelles tâches avaient été confiées à la recourante et si sa place de travail avait été déplacée et ses responsables changés à compter du 1^{er} janvier 2015 comme allégué (courrier de Me Primault du 29 janvier 2015), cela n'aurait encore pas signifié qu'une part sociale de salaire ait été versée. Ces points n'avaient ainsi pas besoin d'être investigués davantage par l'OAI.

c) Après la survenance de son atteinte à la santé, la recourante a continué à exercer une activité lucrative qui était stable, mettait pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procurait un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans élément de salaire social. Dans ce contexte, c'est à raison que l'intimé a pris en compte, à titre de revenu d'invalidé, le revenu effectivement réalisé par l'intéressée auprès de K. _____ pour son poste à 30 % et n'a pas procédé à un calcul sur la base des salaires ressortant des données statistiques. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de tenir compte d'un abattement quelconque, les déductions supplémentaires sur le revenu d'invalidé étant exclusivement applicables au montant des salaires ressortant de la statistique (consid. 6a supra).

d) Finalement, le taux d'invalidité pour la part active doit également être confirmé. Compte tenu d'un revenu sans invalidité de 34'658 fr. correspondant au salaire annuel que la recourante aurait perçu à 50 % dans son activité habituelle (questionnaire pour l'employeur du 12 mars 2013) et d'un revenu avec invalidité de 20'794 fr. 80 pour l'activité à 30 % ($34'658 : 50 \times 30$; note d'entretien avec contact entreprise du 31 octobre 2013), l'empêchement pour la part active s'élève à 40 % ($[(34'658 - 20'794.80) \times 100] : 34'658$). L'intéressée ayant un statut de 50 % active, le taux d'invalidité pour cette part était de 20 % ($[50 \times 40] : 100$). Les griefs de la recourante à l'égard du calcul du taux d'invalidité dans la part active sont par conséquent mal fondés.

7. En dernier lieu, la recourante a contesté les empêchements retenus dans l'enquête économique sur le ménage du 23 juillet 2014, considérant que certains postes y avaient été sous-estimés compte tenu notamment des limitations durables constatées par la Dresse W. _____ dans son courrier du 15 juin 2016.

a) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 et 128 V 93 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont en règle générale plus de poids que l'enquête à domicile (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2 ; TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3). 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 133 V 504 consid. 4.2 ;

TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2 et I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, la Cour observe que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 août 2014 a été établi par une personne qualifiée, qui s'est rendue chez la recourante le 23 juillet 2014 et a pris connaissance de l'agencement de l'appartement, ainsi que de la situation géographique et de l'environnement alentour. Elle avait connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux retenus par le SMR, l'avis médical SMR déterminant datant du 2 avril 2014. L'enquêtrice a tenu compte des indications de l'intéressée, qui était seule lors de l'entretien (son mari dormait ; rapport d'enquête du 7 août 2014 p. 7), et les a consignées dans son rapport. Elle a évalué son empêchement en tenant compte de l'aide qu'elle pouvait exiger de son mari et de ses enfants, ce qui n'est au demeurant pas critiquable. Ce rapport – plausible, motivé et détaillé – a ainsi pleine valeur probante.

Aucun élément au dossier ne justifie de s'écarter des conclusions de ce rapport qui coïncidaient avec les constatations retenues sur le plan médical (consid. 5 supra). La Dresse W._____, dans son appréciation du 15 juin 2016, s'est contentée de lister les problèmes de santé de la recourante et de qualifier la diminution de la « *capacité lucrative dans le domaine ménager* » qui en découlait selon elle de « *plausible* ». Cette simple hypothèse ne permettant pas de considérer que le rapport d'enquête reposait sur des erreurs manifestes, il convient de retenir avec l'intimé que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 7 août 2014 était fiable. Partant, l'empêchement de la recourante pour la part ménagère doit être arrêté à 31.5 %. Son statut étant de 50 % ménagère, le taux d'invalidité pour celle-ci s'élevait bien à 15.75 %. ($[50 \times 31.5] : 100$).

c) Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité global de l'intéressée s'élevait à 35.75 % (20 % [taux d'invalidité pour la part active] + 15.75 % [taux d'invalidité pour la part ménagère]) comme retenu par

l'intimé, ce qui ne donne pas droit à une rente d'invalidité. C'est donc à raison que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante.

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d).

b) En l'espèce, le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire comportant au moins un volet psychiatrique. Une telle expertise ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit.

9. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 23 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'I._____.

- 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 :

- Me Flore Primault (pour I._____),
- 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 :