

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 janvier 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Dominique-Anne Kirchhofer, avocate à Morges,

et

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

---

**Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4, 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A. a)** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, divorcée et mère de deux enfants nés en 1987 et 1988, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé parallèlement pour la S. \_\_\_\_\_ à 50 % et pour l'O. \_\_\_\_\_ à 30 % en qualité de comptable. Dès le 13 février 2003, elle a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail à des degrés divers. Le 27 février 2004, elle 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) en raison d'une dépression.

L'assureur perte de gain de la S. \_\_\_\_\_, dont le dossier a été transmis à l'OAI, a mandaté le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de procéder à une expertise psychiatrique de l'intéressée. Dans son rapport du 27 février 2004, consécutif à un entretien du 13 février 2004 avec l'assurée, il a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère à moyenne, ainsi que de traits de personnalité dépendante. La capacité de travail était de 60 % sur un 100 % dès le 14 février 2004 et de 100 % dès le 10 mars 2004.

Le 10 mars 2004, l'assurée a repris ses activités professionnelles aux taux cumulés de 80 %.

Par décision du 29 septembre 2004, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité au motif que le degré d'invalidité était insuffisant. Cette décision est entrée en force.

**b)** Dès le 27 août 2010, l'assurée a été en incapacité totale de travail, puis a repris une activité à un taux de 50 % à compter du 13 septembre 2010. Son dernier jour de travail effectif auprès de la S. \_\_\_\_\_ a été le 13 octobre 2010 (cf. rapport de l'employeur du 30 mai 2011).

Le 17 février 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en indiquant souffrir d'un burn out depuis le 27 août 2010.

Le 28 février 2011, la S. \_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'intéressée avec effet au 31 mai 2011.

Dans un rapport du 29 mars 2011 à l'OAI, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de burn out. Il a attesté une incapacité totale de travail du 27 août au 12 septembre 2010, puis de 50 % jusqu'au 15 mars 2010 [recte : 2011]. Dès cette date, l'incapacité de travail était à nouveau totale.

Dans un rapport du 12 avril 2011 à l'OAI, la Dresse W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assurée, a posé le diagnostic d'épuisement professionnel (burn out) avec apparition progressive d'un état dépressif. L'incapacité de travail était de 50 % du 13 septembre 2010 au 16 avril 2011 et de 100 % dès le 17 avril 2011. La spécialiste a ajouté qu'il serait sans doute possible à sa patiente de reprendre une activité en automne à un taux maximum de 40 %.

Le 26 avril 2011, l'intéressée a indiqué à l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle exercerait une activité à un taux de 80 %, ceci par nécessité financière.

Dans un rapport de l'employeur du 30 mai 2011, la S. \_\_\_\_\_ a indiqué que le salaire annuel de l'assurée était de 46'930 fr. en 2011.

Dans un rapport du 15 juin 2011 à l'OAI, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif en 2003 et 2004, puis depuis 2009. La patiente avait été licenciée après du mobbing. Elle avait fait un burn out avec une dépression. L'incapacité de travail était totale du 27 août 2010 au 12 septembre 2010, puis de 50 % jusqu'au 15 mars 2011, et à nouveau totale dès le 15 mars 2011. Le pronostic n'était pas très favorable.

Dans un rapport du 10 octobre 2011 à l'OAI, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente avait tendance à stagner, voire à se péjorer. Outre les symptômes anxieux et dépressifs, c'était surtout sur le plan pragmatique qu'il y avait de nombreuses lacunes, comme une extrême lenteur à accomplir une tâche même simple et des troubles majeurs de la concentration. La capacité maximale de travail était de 20 à 30 %, ce dans le cadre de son activité auprès d'O.\_\_\_\_\_. La Dresse W.\_\_\_\_\_ a annexé à son rapport un document non daté établi par l'assurée, laquelle décrivait ses plaintes subjectives.

Dans un rapport du 4 novembre 2011 à l'assureur perte de gain, consécutif à un entretien du 1<sup>er</sup> novembre 2011 avec l'intéressée, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité moyenne (état dépressif moyen), de personnalité à traits anxieux et obsessionnels, ainsi que de conflit professionnel. D'entente avec l'assurée, le spécialiste a déterminé qu'elle devrait être en mesure de reprendre son activité à 30 % sur un 100 % auprès d'O.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Il a recommandé de réévaluer la situation au plus tard au début du mois de janvier 2012 si elle n'avait pas retrouvé une capacité de travail à temps partiel ou complet.

Par avis médical du 4 novembre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé de proposer à l'assurée des mesures de réinsertion afin qu'elle recouvre une capacité de travail d'au moins 50 %.

Par communication du 10 novembre 2011, l'OAI a octroyé à l'intéressée une orientation professionnelle.

Le 12 décembre 2011, l'assurée a prié l'OAI de « reconsidérer sa décision de réinsertion professionnelle ». Elle a expliqué que lors d'un entretien avec le Dr G.\_\_\_\_\_, il avait été convenu qu'elle reprendrait son activité à 30 % auprès d'O.\_\_\_\_\_. Cela faisait plus d'un mois qu'elle avait repris le travail, ce qui s'était fait avec plus de difficultés qu'elle ne l'avait imaginé.

Le 18 janvier 2012, lors d'un entretien avec une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle travaillait à 30 %, deux à trois jours par semaine, et que son employeur lui laissait beaucoup de flexibilité, comme le fait de pouvoir travailler depuis la maison ou avec des horaires irréguliers. Elle ne se rendait au bureau qu'une fois par semaine. Elle ne se voyait pas travailler davantage (cf. note de suivi du 18 janvier 2012 de l'OAI),

Par avis médical du 25 janvier 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que selon le rapport du 4 novembre 2011 du Dr G. \_\_\_\_\_, la situation devait s'améliorer et la capacité de travail atteindre au minimum 50 %. Ceci confirmait l'indication à des mesures de réinsertion comme un soutien à la reprise ou un coaching sur la place de travail.

Dans un rapport du 27 février 2012 à l'assureur perte de gain, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique réactionnel à un burn out. Une augmentation de la capacité de travail de sa patiente, actuellement de 30 % auprès d'O. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011, n'était pas envisageable. La Dresse W. \_\_\_\_\_ a joint en annexe un rapport du 16 février 2012 de la psychologue M. \_\_\_\_\_ consécutif à un examen neuropsychologique de l'assurée, lequel mettait en évidence des troubles mnésiques épisodiques antérogrades en modalité visuo-spatiale auxquels étaient associés un ralentissement des temps de réaction et des troubles d'attention divisée.

Dans un rapport de l'employeur du 19 avril 2012 à l'OAI, O. \_\_\_\_\_ a indiqué que le salaire annuel brut versé à l'assurée était de 28'054 francs. Cela ne correspondait pas à son rendement, car afin de lui permettre de continuer à travailler, elle avait été autorisée à des horaires extrêmement flexibles et à travailler depuis son domicile, ceci pour éviter les déplacements qui la fatiguaient de manière démesurée.

Dans le cadre d'une mesure de réinsertion, l'OAI, l'assurée et sa supérieure auprès d'O. \_\_\_\_\_ ont mis en place un horaire de travail

fixe de trois jours en entreprise et quelques autres heures à domicile, correspondant à un taux de 30 %. Lors d'un premier bilan, le 25 octobre 2012, l'intéressée a expliqué que le changement au niveau de la répartition des horaires et du taux de présence en entreprise, au lieu du travail à domicile, la perturbait beaucoup et qu'elle ressentait une plus grande fatigue due aux trajets à effectuer. La supérieure a également confirmé qu'elle observait une baisse de rendement de son employée. La spécialiste de l'OAI a expliqué que le but était de reconstruire la capacité de travail de l'assurée afin qu'elle parvienne à un taux de 50 % sur sa part active à 80 %, mais qu'au vu de l'évolution, elle avait des doutes quant à cette possibilité. Dans ces conditions, elle ne prévoyait pas d'augmenter les heures de travail, mais au moins de les stabiliser (cf. note de suivi du 25 octobre 2012 de l'OAI).

Par communication du 12 décembre 2012, l'OAI a pris en charge un entraînement progressif auprès de l'employeur de l'assurée du 3 septembre au 2 décembre 2012.

Dans un rapport à l'OAI du 26 janvier 2013, la Dresse W.\_\_\_\_\_ a relevé que la situation avait tendance à se péjorer. La patiente était de plus en plus fatiguée et migraineuse. Elle avait énormément de peine à se concentrer plus de deux heures d'affilée. Elle se plaignait de lenteur, de troubles de la mémoire, d'humeur morose, ainsi que de manque d'élan vital. Ces symptômes limitaient considérablement sa rentabilité au travail. Elle ressentait les mêmes déficits sur le plan privé, domestique et administratif. La capacité de travail était au maximum de 30 %, exclusivement auprès d'O.\_\_\_\_\_.

Par avis médical du 7 février 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans un rapport d'expertise du 31 juillet 2013, faisant notamment suite à un entretien avec l'assurée du 2 juillet 2013 et la réalisation de tests psychométriques, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode

dépressif majeur récurrent de gravité moyenne et de personnalité dépendante, peut-être avec des traits obsessionnels décompensés. Les limitations étaient une fatigabilité, une lenteur, des difficultés de concentration, des oublis fréquents, une émotivité, un manque de confiance en soi, de l'anxiété, un épuisement psychique et physique, ainsi qu'une tendance au retrait social et à la dépendance. Il a retenu une capacité de travail de 30 % d'un 100 %, essentiellement auprès d'O.\_\_\_\_\_, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011. L'expertisée n'était pas capable de s'adapter à un autre environnement professionnel. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a en outre fait état de ce qui suit :

« L'analyse du dossier est délicate, puisque lorsque nous avons examiné la première fois l'assurée le 13.02.2004, [elle] suggère une certaine vulnérabilité, puisqu'elle se retrouve souvent dans des situations, à son corps défendant, où elle est victime d'abus, sous la coupe d'un compagnon ou d'un directeur, qui aurait exercé une pression, une sorte d'emprise psychologique abusive. Cela indique que cette assurée semble avoir un manque de confiance en elle-même, qu'elle reste essentiellement dépendante et peine à pouvoir mettre des limites et à se protéger rapidement dans ce type de situations potentiellement conflictuelles. Son licenciement de S.\_\_\_\_\_ - dans des conditions difficiles, avec un conflit qui a duré avec son ex-employeur - l'a profondément affectée et entraîné un effondrement narcissique significatif.

Lorsque nous l'examinons le 02.07.2013, nous comprenons à ce moment-là que l'assurée n'a pas réussi à faire face à l'introduction d'un nouveau système de facturation et de comptabilité, en l'occurrence CRESUS, dont elle n'a jamais acquis les bases, et [est] finalement incapable de l'utiliser correctement. Ce n'est pas le cas de ses collègues beaucoup plus jeunes, qui ont intégré ce nouvel outil informatique. La symptomatologie dépressive que nous avons constatée le 01.11.2011 n'est guère évolutive, mais c'est surtout l'auto-prédiction de l'échec bien arrivé de l'assurée, avec des conduites anticipatives d'évitement marquées, qui sont maintenant au premier plan. Ces deux dernières années on relève la multiplication des courriers que l'assurée a sollicités de la Dresse W.\_\_\_\_\_, le rapport qu'elle nous a envoyé en recommandé le 04.07.2013, qui fait part de son inquiétude, qui manifestement ne se sent plus apte à s'adapter à son environnement professionnel. Il est donc très difficile d'obliger ou de contraindre l'assurée à vouloir reprendre son travail dans un environnement où elle a le sentiment - à tort ou à raison - de ne pouvoir plus répondre aux exigences, et qui en même temps a beaucoup de peine à reconnaître ses failles et ses insuffisances.

On peut donc considérer que son temps de travail au sein de l'association O.\_\_\_\_\_ de 30 % est le maximum qu'elle puisse réaliser. Comme mesures d'accompagnement de l'assurance-invalidité, il serait peut-être judicieux qu'elle puisse bénéficier de cours privés ou en groupe pour le programme CRESUS, ce qui lui

permettrait d'avoir le sentiment d'une meilleure maîtrise de son environnement professionnel.

Les troubles neuropsychologiques, autrement dit d'attention, de mémoire ou une certaine lenteur sont consécutifs à la symptomatologie anxio-dépressive, [et] sont néanmoins bien présents.

Néanmoins notre appréciation est superposable à celle de la Dresse W.\_\_\_\_\_.

Vu la rigidité de cette assurée, ses capacités adaptatives sommes toutes relativement limitées, comme en témoigne son parcours personnel, il est peu probable, voire même illusoire d'envisager qu'elle soit apte à se réadapter à une autre activité professionnelle. »

Dans un rapport SMR du 19 septembre 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, une personnalité dépendante. L'incapacité de travail était totale du 27 août 2010 au 31 octobre 2011, et de 70 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient un épuisement des capacités d'adaptation, de la fatigue, une lenteur, ainsi que des troubles de la concentration et de la mémoire. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter du rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel rejoignait d'ailleurs l'appréciation de la psychiatre traitante.

Le 11 novembre 2015, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 15 novembre 2015, l'enquêtrice a retenu le statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, ce qui avait été confirmé par l'intéressée. Cette dernière avait déclaré que toute son énergie se concentrait sur son travail à 30 %, qu'elle avait de plus en plus de difficultés à assumer. L'enquêtrice a retenu un empêchement de 50 % pour les tâches liées à l'alimentation. Elle a précisé que l'assurée se faisait à manger et nettoyait son plan de travail après usage. L'entretien courant était fait, mais pas plus. Les gros travaux en profondeur n'étaient pas possibles pour le moment. Concernant l'entretien du logement, l'enquêtrice a également retenu un empêchement de 50 %. Pour ce poste, l'intéressée avait expliqué qu'elle ne pouvait assumer que le minimum, étant donné que toute son énergie était focalisée sur son activité professionnelle à 30 %. Elle laissait de côté

le nettoyage des baies vitrées et les nettoyages à fond, et ne faisait que le strict minimum. Sa fille ne l'aidait pas, car cette dernière allait souvent chez son ami. L'enquêtrice n'a pas retenu d'empêchement pour les autres postes, relevant notamment que l'assurée était autonome pour les courses et les démarches administratives, qu'elle n'avait pas de problème à assumer les lessives et le repassage, qu'elle promenait son chien et assumait l'entretien du jardin. Après pondération, l'enquêtrice a conclu à un degré d'invalidité de 31 % pour la part ménagère.

Par projet de décision du 9 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 janvier 2012, fondée sur un degré d'invalidité de 86.20 % ([80 % de part active x 100 %] + [20 % de part ménagère x 31 %]). Pour la période dès le 1<sup>er</sup> février 2012, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée le 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'OAI a comparé le revenu sans invalidité, fixé à 74'984 fr., avec le revenu avec invalidité de 28'054 fr., et a abouti à un degré d'invalidité de 62.59 % pour la part active. Avec la part ménagère, l'invalidité globale s'élevait à 56.27 % ([80 % x 62.59 %] + [20 % x 31 %]), ouvrant le droit à une demi-rente.

Le 9 juin 2016, l'assurée, désormais représentée par Me Dominique-Anne Kirchhofer, a contesté ce projet de décision, en faisant valoir qu'un trois-quarts de rente d'invalidité devait lui être octroyé dès le 1<sup>er</sup> février 2012. Se fondant sur l'arrêt Di Trizio contre Suisse rendu le 2 février 2016 par la Cour européenne des Droits de de l'Homme (CourEDH) (n° 7186/09), elle a critiqué l'application de la méthode mixte pour le calcul de son degré d'invalidité. En outre, elle a allégué que l'OAI n'avait pas tenu compte de la répercussion des efforts qu'elle fournissait dans le cadre de son activité lucrative sur son aptitude à exercer ses tâches ménagères. Enfin, elle a contesté l'estimation faite par l'enquêtrice concernant ses empêchements dans différentes tâches ménagères.

Le 18 juillet 2016, l'enquêtrice a confirmé le taux d'empêchement de 31 % sur la part ménagère. S'agissant du poste relatif aux emplettes et aux courses diverses, elle a indiqué ne pas pouvoir

reconnaître un quelconque empêchement. Elle a précisé que l'assurée pouvait réduire le dommage en effectuant certaines courses par internet et en se faisant livrer les choses lourdes pour diminuer la pénibilité. De plus, tous les commerces, ainsi qu'une poste, se trouvaient dans un rayon de moins d'un kilomètre de son domicile. En tant que comptable de formation, les paiements et les démarches administratives devraient lui résulter plus facilement que pour la plupart des gens. S'agissant du poste relatif à la lessive et l'entretien des vêtements, l'enquêtrice a relevé que le taux d'empêchement de 50 % demandé par l'intéressée paraissait disproportionné. Cette dernière avait déclaré lors de l'enquête initiale être autonome pour les lessives et le repassage. Elle n'était pas tenue à un rendement et, le cas échéant, l'aide de sa fille de 28 ans, vivant avec elle, était exigible. On pouvait même penser que sa fille se chargeait de ses propres lessive et repassage et que de ce fait l'assurée ne devait se charger que de ses propres affaires. Même s'il était admis qu'elle était parfois débordée ou en retard, l'aide de sa fille était exigible. S'agissant du dernier poste, concernant notamment l'entretien du jardin et la garde des animaux domestiques, l'enquêtrice a indiqué que lors de l'enquête initiale, l'intéressée avait expliqué être autonome pour promener son chien et pour s'occuper de la litière des chats, et qu'elle assumait l'entretien extérieur. Pour ce poste aussi, elle n'était pas tenue à un rendement et pouvait planifier ses tâches en fonction de sa fatigue.

Par courrier du 20 septembre 2016 à l'assurée, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a expliqué que les conséquences de l'arrêt de la CourEDH invoqué n'étaient pas encore définitivement connues et que vu que les autorités fédérales n'avaient pas encore arrêté une solution d'ensemble concernant l'application de la méthode mixte, cette dernière continuait à s'appliquer dans sa conception actuelle. Par ailleurs, les éléments du dossier tenaient dûment compte des circonstances prévalant dans le domaine de l'activité lucrative et des tâches ménagères. En particulier, le rapport d'enquête ménagère mentionnait notamment que toute l'énergie de l'assurée était concentrée sur son activité lucrative à 30 %, qu'elle avait des difficultés à assumer. En outre, un complément d'enquête, prenant en considération les griefs soulevés par l'assurée,

avait confirmé les empêchements ménagers initialement retenus. Pour finir, tant le rapport d'enquête ménagère que son complément satisfaisaient aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une valeur probante.

Par décision du 30 septembre 2016, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 janvier 2012 et d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 2012.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> novembre 2016, B.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Kirchhofer, recourt contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que lui soit octroyé un trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2012, subsidiairement à son annulation en tant qu'elle lui accorde une demi-rente d'invalidité dès cette date et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et décision quant à son taux d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2012. Elle précise ne pas contester son droit à une rente entière pour la période du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 janvier 2012. S'agissant de la période courant dès le 1<sup>er</sup> février 2012, elle reprend les arguments soulevés dans son courrier du 9 juin 2016, soit notamment concernant l'application de la méthode mixte en regard de l'arrêt précité de la CourEDH. En outre, elle répète que l'OAI n'a pas effectué d'investigations sur la diminution de son aptitude à accomplir ses travaux habituels en raison des efforts qu'elle consentait dans son activité professionnelle. En particulier, aucun calcul ne figure au dossier concernant l'influence négative engendrée par les domaines professionnel et ménager l'un sur l'autre. Par ailleurs, sa fille quittera le domicile le 8 novembre 2016 et ne pourra dès lors plus l'aider dans l'accomplissement de certaines tâches ménagères. La recourante critique encore l'estimation de l'empêchement ménager effectuée par l'enquêtrice. Elle soutient notamment qu'elle peut certes réaliser les travaux mentionnés sous les postes « emplettes et courses diverses », « lessive et entretien des vêtements » et « divers », mais ceci au prix d'efforts et de temps beaucoup plus importants que pour une personne valide. De plus, elle estime incohérent de retenir un empêchement de 50 % s'agissant des

tâches relatives à l'alimentation et à l'entretien du logement, mais aucun empêchement pour les trois postes susmentionnés. Enfin, elle indique qu'elle se trouve en incapacité de travail à 50 % depuis le 3 octobre 2016. Elle joint à son recours une attestation établie le 11 octobre 2016 par le contrôle des habitants d' [...], selon laquelle sa fille partira le 8 novembre 2016 pour [...], ainsi qu'un certificat médical du 3 octobre 2016 de la Dresse W.\_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail à 50 % de cette dernière date au 31 octobre 2016.

Dans sa réponse du 12 décembre 2016, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il relève pour l'essentiel que les attestations produites ne peuvent être prises en considération dans le cadre du présent litige dans la mesure où elles ont trait à une période postérieure à la décision contestée.

Par réplique du 16 février 2017, la recourante soutient qu'il y a lieu d'en tenir compte pour des motifs d'économie de procédure. Elle ajoute que son incapacité de travail de 50 % perdure depuis le 3 octobre 2016, soit depuis plus de quatre mois sans interruption, et que ce changement doit être considéré comme déterminant pour l'accroissement de son droit aux prestations conformément à la loi. Elle joint en annexe un certificat médical du 1<sup>er</sup> février 2017 de la Dresse W.\_\_\_\_\_, attestant une incapacité de travail de 50 % du 1<sup>er</sup> au 28 février 2017.

Par duplique du 21 mars 2017, l'intimé répète que cette modification est survenue postérieurement à la décision attaquée. Il relève également que dite décision se fonde sur une capacité de travail résiduelle de 30 %, de sorte que le taux de 50 % retenu dans le certificat médical signifierait plutôt une amélioration de la situation.

Par déterminations du 10 avril 2017, la recourante indique qu'il s'agit d'une incapacité de travail de 50 % de son taux de travail actuel de 30 %, et qu'elle présente dès lors une capacité de travail de 15 % seulement.

Par déterminations du 9 mai 2017, l'intimé signale que selon la jurisprudence, les pourcentages d'incapacité de travail se rapportent en principe à une activité professionnelle exercée à plein temps, pour autant que les médecins ne précisent pas expressément qu'ils se réfèrent à un travail à temps partiel ou que cela ne ressorte du contexte d'une manière claire.

### **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'AI, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). 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 LPGA et 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).

**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).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> février 2012 en lieu et place d'une demi-rente. En revanche, l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2011 au 31 janvier 2012 n'est pas contesté.

**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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à

40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2).

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, 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 ; TF 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

**4.** Selon 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.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut

encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

**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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

**6.** En l'espèce, la recourante admet présenter une capacité de travail de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011, ce qui a été retenu par l'intimé, mais soutient se trouver en incapacité de travail à 50 % de son 30 % à compter du 3 octobre 2016.

Dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité moyenne et de personnalité dépendante, peut-être avec des traits obsessionnels décompensés. Il a fait état d'une capacité de travail de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011, essentiellement auprès d'O.\_\_\_\_\_. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte de l'appréciation de la Dresse W.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante de l'assurée. De plus, les plaintes de l'intéressée ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR, qui s'y est rallié (cf. rapport SMR du 19 septembre 2013), et la capacité de travail retenue rejoint l'appréciation faite par la Dresse W.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 27 février 2012 et 26 janvier 2013.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à douter desdites conclusions. En particulier, les certificats médicaux établis les 3 octobre 2016 et 1<sup>er</sup> février 2017 par la Dresse W.\_\_\_\_\_, produits par l'assurée dans le cadre de la procédure de recours, sont extrêmement succincts et aucunement étayés. En effet, ils se limitent à attester une incapacité de travail à 50 % du 3 octobre 2016 au 31 octobre 2016, respectivement du 1<sup>er</sup> au 28 février 2017. La Dresse W.\_\_\_\_\_ est par ailleurs la psychiatre traitante de la recourante, dont les constatations doivent de ce fait être admises avec réserve (cf. consid. 5b supra). Ainsi, contrairement à ce que soutient l'assurée, ces certificats médicaux ne permettent pas de retenir qu'elle a présenté une incapacité de travail de 50 % de son 30 % à compter du 3 octobre 2016. D'ailleurs, ils ne mentionnent que deux périodes temporelles déterminées. Au demeurant, ils concernent une supposée aggravation survenue quelques jours après la décision litigieuse, laquelle date du 30 septembre 2016. Or, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012). Ces certificats médicaux ne doivent ainsi pas être pris en compte dans la présente procédure.

L'intimé était donc fondé à retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 30 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

**7.** Lors de l'enquête économique sur le ménage, l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, ce qui n'est pas contesté par l'assurée. Cette dernière a d'ailleurs elle-même déclaré, le 26 avril 2011, que si elle n'était pas atteinte dans sa santé elle exercerait une activité à 80 %, taux auquel elle a effectivement travaillé avant d'être touchée dans sa santé.

Le statut de la recourante ainsi déterminé implique l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI). A cet égard, les critiques de cette méthode que l'intéressée fait valoir en rapport avec l'arrêt de la CourEDH Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09) sont mal fondées.

Selon cet arrêt, l'application dans l'assurance-invalidité de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vue de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente constitue une violation de l'art. 14 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale). On ne saurait déduire des considérants de l'arrêt de la CourEDH que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité « viole la Convention » sans égard à la situation concrète dont avait à juger la CourEDH, dans laquelle le changement de statut de l'assurée - et la perte de la prestation de rente en conséquence - était lié exclusivement à la naissance de ses enfants et à la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en est suivie (ATF 143 I 50 consid. 4.4 ; TF 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4 ; cf. aussi Anne-Sylvie Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse - une appréciation, REAS 2016 p. 479 ; Thomas Gächter/Michael E. Meier, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, REAS 2016 p. 483 s.).

En l'espèce, la recourante n'a plus à assumer de charges éducatives à l'égard d'enfants mineurs, ses enfants étant nés en 1987 et 1988, de sorte que la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial. Il n'y a donc pas de violation du droit au respect à la vie privée et familiale (ATF 143 I 50 consid. 4.4 ; TF 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4). La méthode mixte d'évaluation de l'invalidité doit dès lors lui être appliquée.

**8.** La recourante critique encore le taux d'empêchement pour la part ménagère retenu par l'intimé.

**a)** Tout d'abord, elle soutient que l'OAI n'a pas pris en compte la diminution de sa capacité à exercer ses travaux habituels en raison des efforts consentis dans son activité professionnelle.

**aa)** A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (ATF 137 V 334 consid. 4.3, ATF 134 V 9 ; TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4). Selon le Tribunal fédéral, la prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité (TF 9C\_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 5.1). En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale (TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2.2).

**bb)** En l'espèce, tant les rapports médicaux que l'enquête ménagère ont été établis en parfaite connaissance de la situation de la recourante. En particulier, dans son rapport d'expertise du 31 juillet 2013, le Dr G.\_\_\_\_\_ a notamment retenu que l'assurée essayait de faire son ménage sans femme de ménage. En outre, cette expertise a été établie bien après que l'intéressée a repris son activité à 30 % auprès d'O.\_\_\_\_\_, à savoir dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Quant au rapport d'enquête économique sur le ménage du 15 novembre 2015, l'enquêtrice

a noté que l'assurée avait expliqué que toute son énergie se concentrait sur son travail à 30 %, qu'elle avait de plus en plus de difficultés à assumer. Sous la rubrique consacrée à l'entretien du logement, l'enquêtrice a encore ajouté que selon l'intéressée, elle ne pouvait assumer que le minimum étant donné que toute son énergie était focalisée sur le 30 %. Contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que le dossier ne contient aucun calcul concernant l'influence engendrée par les domaines professionnel et ménager l'un sur l'autre ne permet pas de conclure à un manquement de l'intimé. Enfin, l'assurée n'établit pas que la diminution de son aptitude à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans son activité professionnelle, d'ailleurs exercée au taux réduit de 30 %, est manifeste et dépasse la mesure normale. Il n'y a ainsi pas lieu de tenir compte d'une telle diminution.

**b)** Dans un second grief, la recourante conteste l'évaluation de l'empêchement ménager effectuée par l'enquêtrice.

Toutefois, le rapport d'enquête du 15 novembre 2015 a été élaboré par une personne qui a eu connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps de l'assurée résultant des diagnostics médicaux. L'enquêtrice a en outre tenu compte des indications de l'assurée. Le contenu du rapport est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations. Chacun des postes de travaux ménagers a été analysé et commenté. Dans son rapport complémentaire du 18 juillet 2016, l'enquêtrice a de surcroît confirmé de manière convaincante ses premières observations. Enfin, aucun élément n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle elle s'est livrée pour les différents postes de travaux ménagers. En particulier, le fait que la recourante soutient mettre beaucoup plus de temps qu'une personne valide pour effectuer sa lessive et ses courses, alors que l'enquêtrice n'a retenu aucun empêchement pour ces activités, n'est pas suffisant pour admettre que le rapport repose sur des erreurs manifestes (cf. consid. 3b supra). Ainsi, il y a lieu de s'en tenir

aux empêchements ménagers retenus par l'enquêtrice, lesquels, après pondération des différents postes, s'élèvent à un total de 31 %.

**c)** Enfin, la recourante soutient que sa fille quittera le domicile le 8 novembre 2016 et ne pourra dès lors plus l'aider dans l'accomplissement des tâches ménagères.

Cependant, ce départ a eu lieu postérieurement à la décision attaquée, laquelle date du 30 septembre 2016, et n'a ainsi pas à être pris en considération dans le cadre du présent litige (cf. consid. 6 supra). Il sied néanmoins de relever que l'intéressée a elle-même déclaré, dans le cadre de l'enquête ménagère réalisée à son domicile, que sa fille faisait sa chambre, mais qu'elle ne l'aidait pas, car elle allait souvent chez son ami (cf. rapport d'enquête ménagère du 15 novembre 2015, p. 4). Le départ de la fille de la recourante ne devrait ainsi pas aggraver la situation.

**d)** En définitive, le taux d'empêchement de 31 % dans la tenue du ménage fixé par l'intimé doit être confirmé.

**9.** Il convient encore d'examiner le calcul du préjudice économique subi par l'intéressée à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2011, date correspondant à la reconnaissance d'une capacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle.

**a)** Afin de déterminer si la recourante subit une invalidité sur la part active, il convient de comparer le revenu qu'elle aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle. Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en

tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

**b)** La recourante ne formule aucun grief à l'encontre des calculs de l'intimé. Procédant à leur contrôle d'office, la Cour de céans obtient des valeurs légèrement différentes de celles retenues par l'OAI.

La date de la révision de la rente fixée par l'intimé au 1<sup>er</sup> février 2012, à savoir trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée ayant eu lieu dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011, ne prête pas flanc à la critique (cf. consid. 4 supra). Toutefois, le moment déterminant pour la comparaison des revenus est l'année de la révision du droit à la rente, soit en l'occurrence 2012 et non 2011.

Le salaire sans invalidité en 2012 comprend le salaire de 28'054 fr. versé par O.\_\_\_\_\_, selon ses propres indications, et celui de la S.\_\_\_\_\_. Celui-ci s'élevait en 2011 à 46'930 fr., d'après les informations de dite Fondation, et doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2011 à 2012 (+ 0.8 % en 2012 [La Vie économique, tableau B 10.2], ce qui aboutit à un montant de 47'305 fr. 45. Le salaire sans invalidité en 2012 s'élève donc à 75'359 fr. 45.

Le salaire avec invalidité a été correctement fixé selon les indications fournies par O.\_\_\_\_\_, soit 28'054 fr. pour un 30 %, même si l'employeur a indiqué que cela ne correspondait pas au rendement (cf. rapport de l'employeur du 19 avril 2012). En effet, le rapport d'expertise du 31 juillet 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_ ne fait état d'aucune diminution de rendement. En outre, les raisons évoquées par O.\_\_\_\_\_ pour justifier sa remarque, comme permettre à l'assurée de travailler depuis son domicile, relèvent d'un aménagement du poste de travail et non d'un salaire social.

La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité, pour la part active, de 62.77 %. Quant à la part ménagère, tel que défini au considérant 8 ci-dessus, le taux d'empêchement s'élève à 31 %. Ainsi, compte tenu du statut mixte de

l'assurée, elle présente, depuis le 1<sup>er</sup> février 2012, un taux d'invalidité global de 56.41 % ([80 x 62.77 %] + [20 x 31 %]). Ce taux ouvre le droit à une demi-rente (art. 28 al. 2 LAI ; cf. consid. 3a supra), laquelle a été retenue par l'intimé.

**10. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B.\_\_\_\_\_.
- 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 Dominique-Anne Kirchhofer (pour B.\_\_\_\_\_)
- 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 :