

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Métral et Piguet, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Andres Perez, avocat à Carouge,

et

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

Art. 28a al. 2 LAI.

E n f a i t :

A. **a)** W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, mère de deux filles nées en 2000 et 2004, a obtenu sa licence de pilote de ligne en 1989 et a travaillé en tant que telle, puis en tant que commandant de bord, auprès de diverses compagnies, en dernier lieu auprès d'E._____. Dès le 1^{er} janvier 2002, l'assurée a réduit son temps de travail de 100 % à 60 %.

b) Le 16 mai 2001, l'assurée a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de moyens auxiliaires concernant un appareil acoustique. Le 17 mai 2002, l'OAI a accepté de prendre en charge ce dispositif, en raison de l'hypoacousie de l'oreille droite dont souffrait l'intéressée.

 Le 30 juin 2008, l'assurée a requis le renouvellement de la prise en charge des moyens auxiliaires, faisant état d'une aggravation de son audition à la suite d'une otite et d'une mastoïdite à l'oreille gauche ayant entraîné une perte d'audition additionnelle. La Dre H._____, spécialiste en otologie et audiologie, a pratiqué des examens en juillet 2008 qui ont mis en évidence une perte d'audition de 71 % à droite et de 2 % à gauche. Elle a préconisé un essai d'appareillage tant à droite qu'à gauche (cf. rapport d'expertise du 23 juillet 2008). Le 29 décembre 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée ces moyens auxiliaires. L'intéressée a finalement opté, après des essais, pour un seul appareil acoustique.

B. Le 3 avril 2017, l'assurance perte de gain maladie à laquelle l'assurée était affiliée par l'intermédiaire de son employeur a adressé pour celle-ci une demande de prestations d'assurance-invalidité à l'OAI ainsi que le dossier médical qu'elle avait constitué. Il ressort du formulaire de demande de prestations que l'assurée souffrait d'une surdité à l'oreille droite à la suite d'une récurrence de cholestéatome présent depuis 1999. Concernant l'activité lucrative, l'assurée a indiqué exercer la profession de pilote de ligne au taux de 60 % du 1^{er} avril 1999 à ce jour.

L'assurance perte de gain maladie précisait encore avoir versé des indemnités journalières en faveur de l'assurée pour des périodes d'incapacité de travail du 18 janvier au 24 mars 2016 ainsi que depuis le 20 octobre 2016. Subissant une quatrième récurrence de cholestéatome, l'assurée avait été opérée le 24 octobre 2016 de l'oreille droite qui avait été totalement fermée, l'oreille interne étant ossifiée (cf. lettre de sortie du 27 octobre 2016 du Dr T._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie). Dans un rapport adressé à l'assurance le 14 mars 2017, le Dr T._____ posait les diagnostics de surdité totale à l'oreille droite, status post opératoire pour cholestéatome, existant depuis 1999, ainsi que de dysfonction de la trompe d'Eustache à gauche, depuis 2016. Il faisait état de l'impossibilité pour l'intéressée de décompresser l'oreille gauche, ce qui engendrait des difficultés dans son métier.

Il ressort du questionnaire pour l'employeur, complété par celui-ci le 1^{er} mai 2017, que l'horaire de travail normal au sein de l'entreprise était de 8,24 heures par jour, soit 42 heures par semaine. L'assurée réalisait pour sa part, avant son atteinte à la santé, un horaire de 25,2 heures par semaine depuis le 1^{er} janvier 2002. Il est indiqué que les employés à temps partiel faisaient le même nombre d'heures par jour qu'un employé à plein temps et qu'ils avaient des jours complets pour leur temps partiel.

Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère), complété le 1^{er} mai 2017, l'assurée a répondu que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 60 % depuis 2000, ceci par « intérêt personnel, deux enfants / part ménagère ».

Lors d'un entretien initial d'intervention précoce du 6 juin 2017, l'assurée a indiqué être employée par E._____ depuis 1999 à un taux de 60 %, malgré une surdité totale à droite dans un premier temps appareillée. Après une série d'infections répétées, l'oreille droite s'était totalement bouchée au début de l'année 2016, ce qui avait engendré une incapacité totale de travail du 18 janvier au 24 mars 2016. L'intéressée avait ensuite présenté une nouvelle affection à l'oreille gauche au niveau

de la trompe d'Eustache avec des difficultés à décompresser, à l'origine d'une incapacité de travail totale depuis le 20 octobre 2016. L'assurée a précisé avoir toujours bien fonctionné malgré sa surdité en dépit des efforts d'adaptation au travail qui la fatiguaient, ce d'autant qu'elle l'avait toujours cachée à ses collègues. Décrivant la structure de sa journée en période d'incapacité, elle a indiqué qu'elle s'occupait de ses enfants et prenait du temps pour elle, notamment en participant à des cours de Pilates, discipline qu'elle aimerait enseigner, et en suivant des cours d'anatomie auprès de l'Ecole [...]. Elle aimerait peut-être encore se former en tant que masseuse. Le collaborateur de l'OAI lui a alors expliqué qu'au vu de ses revenus, ce type d'activités ne pouvait être cautionné par l'OAI car il n'offrait que peu de revenus et ne diminuait donc pas son préjudice économique de manière suffisante.

A la suite d'une nouvelle opération de l'oreille gauche le 28 juin 2017, l'assurée a réalisé une journée test de vol, le 18 juillet 2017. En raison de vertiges notamment, la reprise de son activité habituelle s'avérait illusoire (note d'entretien téléphonique du 26 juillet 2017). Le 4 septembre 2017, le médecin de l'Office fédéral de l'aviation civile a d'ailleurs déclaré l'intéressée totalement incapable de travailler, ce qui avait pour conséquence la perte de sa licence de pilote.

L'OAI a par conséquent accordé à l'assurée, le 7 septembre 2017, une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une orientation professionnelle et d'un bilan de compétences du 21 août au 20 novembre 2017 (cf. communication du 7 septembre 2017). Il a également pris en charge les frais d'un cours de formation en bureautique qui avait lieu du 25 octobre au 29 novembre 2017 (communication du 9 octobre 2017).

Dans l'intervalle, l'assurance perte de gain maladie de l'assurée lui a fait savoir, le 30 octobre 2017, qu'elle mettrait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2018, considérant que si sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle, elle était entière dans une activité adaptée qui était exercée au sol.

Dans une étude psychoprofessionnelle en vue d'un bilan de réorientation professionnelle du 7 novembre 2017, la psychologue V. _____ a préconisé de suivre un cours d'informatique sur les logiciels de base. Ce cours lui permettrait par la suite d'entamer une formation dans le domaine des ressources humaines, ou de s'orienter vers la formation des contrôleurs aériens en qualité de pilote sur simulateur, l'assurée ayant déjà contacté R. _____ à [...] en ce sens, ou encore de commencer une formation dans les médecines complémentaires pour la réflexologie, le drainage lymphatique et le massage thérapeutique. L'assurée a fait part de son projet de partager sa vie professionnelle entre différentes activités : la formation aux contrôleurs aériens sur la base d'une activité freelance d'au moins 20 %, la massothérapie à titre indépendant ou une activité salariée dans les ressources humaines.

Lors d'un entretien du 13 novembre 2017, l'OAI a répété à l'intéressée qu'il n'approuverait et ne soutiendrait pas l'activité de massothérapeute dont elle avait commencé la formation, au contraire d'une activité de bureau/commerce, soit notamment le certificat en gestion du personnel (cf. note d'entretien du 15 novembre 2017).

L'OAI lui a proposé, le 14 décembre 2017, de réfléchir à un stage de deux mois à temps complet en tant que réceptionniste/assistante des opérations.

L'assurée a obtenu en janvier 2018 une attestation de formation continue en bureautique. Il ressort d'un bilan du 22 janvier 2018 que l'intéressée présentait de bonnes capacités intellectuelles, de bonnes facultés d'adaptation, de bonnes compétences organisationnelles et d'apprentissage, de la rigueur et de la méthode dans son travail. Les connaissances acquises en bureau/commerce étaient équivalentes à celles d'un niveau de fin de formation de CFC (cf. note d'entretien du 24 janvier 2018).

Dans le courant du mois de janvier 2018, l'employeur de l'assurée a mis fin à son contrat de travail avec effet au 31 mars 2018.

L'OAI a octroyé à l'assurée une mesure de reclassement, le 27 février 2018. Dans un courrier du même jour, il lui a proposé de suivre, dans un premier temps, une mesure auprès de la Fondation Mode d'Emploi en vue d'un soutien dans la recherche de stage dans le domaine administratif puis, dans un deuxième temps ou simultanément, une formation d'assistante en gestion du personnel. Après avoir signifié à l'assurée son obligation légale de diminuer son dommage, l'OAI lui a rappelé qu'il ne la soutiendrait pas dans son projet de massothérapeute de sorte que si elle entendait persister dans cette voie, les frais encourus seraient à sa charge et aucune indemnité journalière ne lui serait versée. L'OAI mettrait alors également fin aux démarches de réadaptation et évaluerait le taux d'invalidité de l'assurée en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée qualifiée dans le domaine administratif avec un niveau de qualification type CFC. Si l'assurée souhaitait en revanche bénéficier des mesures de réadaptation proposées ci-dessus, elle devait se rendre disponible pour celles-ci en 2018. L'OAI a ajouté que sans nouvelle de la part de l'intéressée d'ici au 16 mars 2018, il considérerait qu'elle renonçait à bénéficier de telles mesures et mettrait fin à ses démarches de réadaptation.

Dans un rapport « IP - Proposition DDP » toujours du 27 février 2018, un collaborateur de l'OAI a estimé que la mise en œuvre d'une enquête ménagère n'était pas nécessaire puisque les limitations fonctionnelles de l'assurée ne concernaient que les activités en vol.

Par courrier du 14 mars 2018, l'assurée a expliqué que le taux d'activité à 60 % qu'elle exerçait depuis la naissance de sa première fille lui convenait parfaitement car il lui permettait de concilier parcours professionnel et vie privée. Elle a ajouté qu'elle ne souhaitait pas prendre une activité à plus de 60 %. Elle a encore exposé qu'elle avait débuté, à la fin du mois de février 2018, une activité en tant que pilote sur simulateur en freelance à environ 20-30 % et était actuellement en formation et en

période d'essai. Sur son temps libre, elle poursuivait son développement personnel dans le domaine du bien à la personne par le biais de la massothérapie et le diplôme d'instructeur de Pilates qu'elle avait obtenu en janvier 2018. Elle a indiqué qu'elle souhaitait se lancer dans une activité indépendante dans ces domaines durant son temps libre afin qu'à terme son activité dépendante, dont sa fonction de pilote simulateur, puisse être complétée par son activité indépendante. L'assurée a finalement indiqué qu'elle souhaitait bénéficier des mesures de réadaptation, réalisant son besoin de formation afin de retrouver une place dans le monde du travail et espérant que ces mesures soient compatibles avec son poste en freelance.

Le 23 avril 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais pour un reclassement professionnel effectué auprès de la Fondation Mode d'Emploi du 4 avril au 25 mai 2018, au taux de 50 % au minimum, avec pour objectif la recherche de stage dans le domaine administratif en vue d'une expérience professionnalisante pour à terme s'y insérer (REA - Proposition/Bilan de mesure du 20 avril 2018 et communication du 23 avril 2018).

Lors d'un entretien du 7 mai 2018, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait obtenu sa certification de massothérapeute (en drainage lymphatique, massage classique et réflexologie). En parallèle, un stage dans l'EMS J._____ avait été trouvé par le biais de la mesure de coaching et l'OAI désirait que cette mesure soit réalisée à 50 % voire à 60 % pour qu'elle soit professionnalisante. Après que l'assurée a rappelé qu'elle participait à la formation de contrôleur aérien - dont il ressortait des fiches de salaire une présence entre 25 et 30 heures par mois, l'OAI a considéré que cela pourrait conduire à court terme sur un engagement et n'a en conséquence pas exigé de l'intéressée une présence plus importante que 50 % durant son stage.

Du 11 juin au 31 décembre 2018, l'assurée a en conséquence effectué un stage d'assistante administrative, d'abord au taux de 40 % puis à 50 % dès la deuxième quinzaine de juillet 2018, au sein de l'EMS

J._____, que l'OAI a pris en charge dans le cadre des mesures de reclassement professionnel octroyées (communication du 5 juin 2018). L'assurée a montré dans ce cadre un très bon potentiel d'apprentissage (cf. notre d'entretien du 16 octobre 2018).

L'assurée s'est inscrite auprès du Centre de formation [...] afin d'effectuer le certificat d'assistante en gestion du personnel. Cette formation se déroulait du 10 janvier et le 29 juin 2019 sur 11 jours et comprenait des cours, des travaux préparatoires et une simulation d'examen. L'OAI a pris en charge les frais relatifs à cette formation à titre de reclassement professionnel et a prolongé la prise en charge du stage d'assistante administrative occupé désormais à hauteur de 20 % (communications des 5 décembre 2018). Il a également accordé une aide au placement à l'assurée, afin de lui apporter un soutien dans ses recherches d'emploi (communication du 21 mai 2019).

A l'occasion d'un entretien conjoint entre l'OAI, l'assurée et une responsable de l'EMS J._____ du 23 mai 2019, l'intéressée a exposé qu'elle souhaiterait prolonger le stage jusqu'à ses examens, soit durant deux mois, pour acquérir davantage d'expérience et avoir droit à des indemnités journalières. Elle a expliqué n'avoir pas encore assez acquis de connaissances avec son unique jour de stage par semaine, soit 27 jours en six mois de prolongation de la mesure, ses semaines étant très chargées entre le stage, son travail d'instructeur de vol, les cours et ses activités de massothérapeute et de professeure de Pilates. L'OAI lui a rappelé que le stage était supposé être professionnalisant et que c'était en raison de ses autres activités qu'elle n'avait pas pu être davantage présente et développer plus ses compétences. La représentante de l'EMS a pour sa part expliqué qu'il y aurait des possibilités d'embauche pour l'assurée. Cette dernière souhaitait obtenir un poste à 50 %.

Le 24 juin 2019, lors du premier entretien avec un conseiller en placement, l'assurée a indiqué que son projet était de décrocher un emploi entre 40 et 60 % en tant qu'assistante administrative RH, afin de maintenir son poste à 20 % d'instructeur de vol. Parallèlement à son stage

et sa formation, elle réfléchissait à d'autres cibles professionnelles qu'elle pourrait exploiter en fonction de ses centres d'intérêt, comme dans le domaine du bien-être qui refaisait surface car sa motivation à travailler dans un bureau s'avérait limitée.

L'assurée a décroché un stage d'assistante RH à la Clinique S._____ à [...] du 1^{er} novembre 2019 au 31 janvier 2020. Les frais relatifs à ce stage ont été pris en charge par l'OAI à titre de mesure d'orientation (communication du 2 octobre 2019). D'entente entre l'OAI, l'assurée et la directrice des ressources humaines (DRH) de la clinique, il a été convenu que le stage serait effectué à 50 %, l'assurée ayant souhaité maintenir son emploi de moniteur freelance à raison d'un jour par semaine ainsi que le cours de Pilates qu'elle animait une fois par semaine (note d'entretien du 2 octobre 2019). Ce stage a par la suite débouché sur un placement à l'essai du 1^{er} février au 31 juillet 2020, au taux de 50 % puis de 60 % dès le mois de juin 2020 (cf. convention pour le placement à l'essai du 27 janvier 2020 et communication du 28 janvier 2020). Lors d'un point de situation du 8 juin 2020, la DRH de la clinique a indiqué qu'elle recherchait un collaborateur assistant RH à 100 % et avait débuté le processus de recrutement (cf. note d'entretien du 10 juin 2020). A la fin de la mesure de placement, la DRH de la clinique s'est dit satisfaite du travail accompli par l'intéressée dont l'acquisition des compétences avait bien progressé au fil de la mesure. A ce jour, elle disposait de toutes les compétences pour assumer un poste d'assistante RH, dont elle avait au demeurant réussi le certificat. Quant à son éventuel engagement par la Clinique S._____, la direction avait conclu qu'un emploi à 50 % n'était pas suffisant pour réaliser tout le travail requis, de sorte qu'elle recherchait un employé à plein temps. L'assurée a refusé la proposition d'un emploi à plein temps en raison de ses activités annexes. La DRH a proposé à l'assurée un contrat de durée déterminée de trois mois à plein temps, mais cette dernière a fait part des engagements pris pour les mois à venir en tant que moniteur de vol freelance et de ses vacances déjà planifiées. Il a été convenu qu'elle rendrait réponse à la DRH à son retour de vacances quant à sa proposition d'un contrat de durée déterminée à 80 % (cf. note d'entretien du 21 juillet 2020). Il a finalement été mis fin à la

mesure d'aide au placement, l'assurée ayant refusé cette proposition (PLA - Rapport final du 25 août 2020).

Le 17 septembre 2020, l'OAI s'est vu remettre par l'assurance perte de gain maladie divers documents, dont notamment les certificats médicaux établis dans le courant de l'année 2017 et faisant état d'une incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2018. L'assurance a également transmis un rapport d'expertise oto-rhino-laryngologique établi à sa demande le 14 juillet 2017 par la Clinique C._____, au terme duquel l'expert avait conclu à une incapacité de travail encore de 100 % le 17 juin 2017, mais à une pleine capacité de travail sans baisse de rendement dès le 17 juillet de la même année.

Par projet de décision du 18 septembre 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui accorder un trois-quarts de rente, fondé sur un taux d'invalidité de 60 %, dès le 1^{er} octobre 2017, réduit à un quart de rente compte tenu d'un taux d'invalidité de 44 %, dès le 1^{er} mai 2018, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. L'évaluation de l'invalidité était effectuée selon la méthode mixte d'évaluation, étant donné la reconnaissance d'un statut d'active à 60 %.

Désormais représentée par son conseil, l'assurée a contesté ce projet le 5 novembre 2020, faisant grief à l'OAI d'avoir retenu un statut mixte. Ce n'était qu'après l'accouchement de sa première fille et après l'apparition de ses premiers problèmes de santé qu'elle avait réduit son taux à 60 %, comme le transposait bien l'expertise de la Clinique C._____ - bien qu'aucune valeur probante ne pouvait lui être conférée. Après la naissance de sa deuxième fille, elle aurait souhaité reprendre une activité à plein temps le plus tôt possible mais sa situation s'était dégradée et l'avait contrainte de maintenir son activité à 60 %. C'était ainsi contre sa volonté et en raison de facteurs extérieurs qu'elle n'exerçait pas dans les faits une activité à plus de 60 %. Sans atteinte à la santé, elle aurait exercé et exercerait encore une activité de pilote à plein temps, ses filles étant devenues autonomes. Il y avait donc lieu de retenir un statut d'active à 100 %, ce qui lui ouvrirait un droit à une rente entière.

L'OAI a sollicité l'avis de son service juridique qui, se prononçant le 23 décembre 2020, a considéré que les pièces médicales au dossier - autres que l'expertise de la Clinique C._____ - étaient suffisantes pour déterminer la capacité de travail de l'assurée en tout connaissance de cause. L'ensemble des éléments confirmaient en outre que le statut de 60 % active et de 40 % ménagère devait être maintenu, le statut de 100 % active n'étant pas rendu vraisemblable.

Par courrier du 6 janvier 2021 faisant partie intégrante de la décision à intervenir, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés au stade des objections et a confirmé son projet de décision.

Par décision du 26 mars 2021, l'OAI, par le biais de la Caisse de compensation, a accordé un trois-quarts de rente d'invalidité à l'assurée dès le 1^{er} octobre 2017, réduit à un quart de rente dès le 1^{er} mai 2018, ainsi que des rentes pour enfant liées à la rente de la mère, conformément au projet de décision.

Le 7 avril 2021, le conseil de l'assurée a écrit à l'OAI qu'il venait d'être informé qu'il avait notifié sa décision directement auprès de sa cliente en dépit de l'annonce de son mandat. Cette notification étant nulle, il l'a invité à lui adresser à nouveau la décision.

C. Par acte de son mandataire du 11 mai 2021, W._____ a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 26 mars 2021, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. La recourante a fait valoir que la notification de la décision était irrégulière puisqu'elle était intervenue à son adresse et non à celle de son conseil, en dépit de l'annonce du mandat à l'intimé. Son conseil avait eu connaissance de la décision litigieuse le 7 avril 2021 et avait requis de l'OAI qu'il l'annule et la notifie à nouveau en bonne et due forme, ce qui avait été fait par courriel du 10 mai 2021. Sur le fond, la recourante a reproché à l'OAI d'avoir retenu un

statut mixte de 60 % active et 40 % ménagère, alors que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps en tant que pilote de ligne, ses filles étant devenues autonomes.

Invité par la juge instructrice à se déterminer sur la recevabilité *rationae temporis* du recours, l'intimé a concédé, dans une écriture du 8 juin 2021, que la notification de la décision entreprise n'avait pas été correctement réalisée mais qu'elle avait toutefois atteint son but. Compte tenu de la prise de connaissance de la décision par le conseil de la recourante le 7 avril 2021 et en tenant compte des fêtes pascales, l'intimé a estimé que la recourante ne souffrait d'aucun préjudice puisque le recours avait été interjeté à temps.

Par réponse du 13 juillet 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours. Se référant aux arguments exposés dans l'avis de son service juridique du 23 décembre 2020, il a ajouté que les déclarations de la recourante allaient toutes dans le sens d'un statut mixte de 60 % active et 40 % ménagère, conformément à la règle dite des premières déclarations.

Répliquant le 26 août 2021, la recourante a fait savoir que les indications figurant dans le formulaire de détermination du statut ne signifiaient pas qu'en bonne santé et sans ses obligations familiales, elle aurait continué à travailler à 60 %, mais bien que c'était par intérêt personnel qu'elle travaillait à 60 %, à savoir ses obligations familiales. Ainsi, la lecture qu'avait faite l'OAI de ce formulaire était erronée, comme celle des autres documents du dossier dont il ressortait que, par son attitude dans le cadre des mesures professionnelles, la recourante avait démontré qu'elle ne souhaitait pas se contenter d'un taux de 60 %. A titre de mesure d'instruction, elle a notamment requis de la comparution personnelle des parties soient ordonnée. A l'appui de son procédé, elle a produit un onglet de pièces sous bordereau contenant notamment un avenant à son contrat de travail avec E._____, daté du 24 septembre 2001.

Par écriture du 21 septembre 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 1 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et le statut d'active à 60 % retenu par l'OAI.

c) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 mars 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) Il convient dans un premier temps d'examiner le grief de nature formelle avancé par la recourante. Celle-ci fait valoir que la décision attaquée est irrégulière, dès lors que sa notification est intervenue à son adresse et non à celle de son conseil.

b) Selon l'art. 49 al. 3, troisième phrase, LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). Un défaut de notification n'est toutefois susceptible d'entraîner des conséquences que dans la mesure où il a causé une erreur préjudiciable à son destinataire. En effet, la protection juridique des parties est suffisamment réalisée lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité (ATF 122 V 189 consid. 2).

c) C'est en l'occurrence à tort que l'OAI a notifié la décision litigieuse à la recourante et non à son mandataire. Il apparaît toutefois que cette erreur n'a pas entraîné de préjudice puisque Me Perez a rapidement eu connaissance de la décision en question et a pu la contester utilement par le biais du présent recours. La notification irrégulière est dès lors restée sans conséquence, comme le relève l'OAI dans sa réponse.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b)

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode «spécifique» d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en

vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis

décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

c) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

6. La recourante conteste le statut mixte de 60 % active et 40 % ménagère retenu par l'OAI dans sa décision et argue qu'il conviendrait de retenir un statut de 100 % active.

La position de l'assurée ne saurait toutefois être suivie. En effet, si la recourante a bel et bien travaillé à plein temps au début de sa carrière, il apparaît qu'elle a réduit son taux de travail à 60 % après la naissance de sa première fille. Cela ressort tant de ses propres déclarations que de ses courriers, qui sont d'ailleurs confirmés par le

formulaire complété par son employeur le 1^{er} mai 2017 et l'avenant à son contrat daté du 24 septembre 2001. En outre, aucune pièce du dossier constitué par l'OAI n'atteste que l'intéressée aurait réduit son taux de travail tant en raison de la naissance de sa fille que de ses problèmes de santé. On relèvera au contraire que, selon les propos mêmes de l'assurée, elle avait caché sa surdité à ses collègues et cela ne l'avait pas empêché de travailler. En outre, ses problèmes de santé seraient survenus lors d'un vol en 1997, tandis que la diminution de son taux n'est intervenue qu'au 1^{er} janvier 2002. C'est dès lors, comme elle l'a indiqué à plusieurs reprises à l'OAI, à la suite de la naissance de sa fille qu'elle a réduit son taux. Quoiqu'il en soit, la recourante a clairement indiqué, sans ambiguïté dans le formulaire de détermination du statut, qu'elle travaillerait à 60 % par intérêt personnel, soit pour s'occuper de ses enfants, et pour se charger d'une part ménagère, si elle n'était pas atteinte dans sa santé. L'assurée ne peut aujourd'hui soutenir que le motif de l'intérêt personnel incluait « la sauvegarde de sa santé », le libellé du formulaire de détermination du statut étant très clair à ce sujet : l'assurée est invitée à communiquer le taux d'activité qu'elle exercerait si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

La recourante allègue encore que son attitude au stade des mesures professionnelles démontre qu'elle n'entendait pas se contenter d'un taux de 60 %. Cette position s'oppose toutefois aux propres déclarations de l'assurée au cours de la procédure administrative auprès de l'OAI, auxquelles il y a lieu de se référer en priorité, en application de la règle dite « des premières déclarations » (cf. consid. 5c ci-dessus). Bien que la recourante a déclaré qu'elle entendait cumuler plusieurs activités, elle a d'abord exprimé son envie de pratiquer son activité de freelance, d'une part, et son activité de massothérapeute ou une activité dans les ressources humaines, d'autre part (cf. rapport du 7 novembre 2017 établi par la psychologue V. _____). La recourante a au demeurant toujours été claire quant au taux auquel elle désirait travailler, en dépit d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée reconnue par l'OAI. Elle a ainsi d'abord fait état de sa volonté de travailler à 60 % dans le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété en 2017. Ses filles étaient alors âgées de 17 et 13 ans, de sorte que l'assurée ne saurait désormais

soutenir, comme elle le fait, qu'elle travaillerait à 100 % au motif que ses filles sont devenues autonomes. La recourante a au demeurant toujours exprimé sa volonté de travailler à 60 %, que ce soit dans son courrier à l'OAI du 14 mars 2017 que lors de l'entretien du 23 mai 2019. Elle a d'ailleurs précisé que ce taux lui permettait de concilier vie professionnelle et vie privée. Elle a confirmé sa position lorsque, à l'occasion d'un entretien du 21 juillet 2020, elle a refusé de se porter candidate auprès de la Clinique S. _____ au sein de laquelle elle effectuait un stage alors que celle-ci cherchait un employé à plein temps pour le poste d'assistante RH. Elle a également rejeté la proposition qui lui avait été faite d'obtenir un contrat de durée déterminée de trois mois à 100 %, mais également à 80 %, alors même que ce taux aurait été compatible avec son emploi en freelance. Cela démontre que, même dans une activité adaptée à son état de santé, l'assurée ne souhaitait pas travailler à 100 %. On relèvera encore que le cours de Pilates dispensé une fois par semaine relève plus du hobby exercé par intérêt personnel que d'une activité lucrative, de sorte que l'on ne saurait en tenir compte. Il en est de même de l'activité de massothérapeute pour laquelle l'assurée est certes au bénéfice d'un diplôme mais dont il ne ressort pas du dossier qu'elle soit effectivement réalisée par l'intéressée. Enfin, la recourante ne saurait tirer aucun argument des stages qu'elle a réalisés à plein temps, soit notamment en 2004 pour la licence de vol sur les avions Airbus A 320. Cela n'atteste en effet pas d'une volonté d'occuper un poste à plein temps dès lors que ce n'est pas le stagiaire qui choisit le taux de présence des stages auxquels il participe. En conséquence, il ne ressort pas des pièces au dossier que l'assurée aurait travaillé à plus de 60 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

Eu égard à ce qui précède, le grief soulevé par la recourante doit être rejeté. Il convient de confirmer le statut d'active de 60 % tel qu'arrêté par l'intimé.

Les autres aspects de la décision litigieuse ne font l'objet d'aucun grief. La décision entreprise peut en conséquence être confirmée.

7. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante tendant à son audition à titre de moyen de preuve.

8. a) En définitive, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 26 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- 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 Andres Perez (pour W._____),
- 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 :