

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 octobre 2024

Composition : M. PIGUET, président
M. Wiedler et Mme Livet, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourante, représentée par Me Yann Oppliger, avocat à Renens,

et

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

Art. 8 et 16 LPGGA ; art. 28 et 28a LAI ; art. 27, 27^{bis} et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de deux enfants nés en [...] et [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de bureau, elle a travaillé en qualité de gestionnaire de dossiers pour le compte du Service C._____ de [...] entre [...] et [...], puis en tant que planificatrice de soins à domicile auprès du [...] de [...] à [...].

Le 7 septembre 2016, K._____ 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'Office AI ou l'intimé), expliquant souffrir de dépression et d'une hernie discale cervicale.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'Office AI a recueilli divers documents, dont :

- un rapport du 31 octobre 2016 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, lequel posait les diagnostics notamment de trouble anxio-dépressif récidivant et de discectomie cervicale par voie antérieure des vertèbres C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique (le 11 mars 2016) ;
- un rapport du 23 novembre 2016 de la Dre I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante de l'assurée, laquelle retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, sans syndrome somatique (CIM-10 F33.1), tout en attestant une capacité de travail réduite de moitié dès le 12 septembre 2015 dans l'activité habituelle ; et
- un rapport du 3 décembre 2017 de cette même psychiatre, laquelle relevait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (CIM-10 F33.2), attestant désormais d'une capacité de travail nulle dans l'activité exercée auprès du Centre [...] – entité rattachée au Service C._____ qu'elle venait d'intégrer – et de 50 % dans tout autre service de l'Etat.

Dans un avis du 19 mars 2018, la Dre M._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets en médecine interne, en rhumatologie et en psychiatrie.

Par rapport d'expertise du 7 janvier 2019, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, [...], médecin praticien, et [...], spécialiste en rhumatologie, ont principalement fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (CIM-10 F33.01), et de douleurs cervicales séquellaires avec paresthésies du membre supérieur gauche secondairement à une discectomie cervicale par voie antérieure des vertèbres C5-C6 avec mise en place d'une cage intersomatique pour myélopathie cervicale débutante (en mars 2016). Selon eux, la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychiatrique était réduite de moitié entre le 12 septembre 2015 et le mois de mars 2017, puis s'était complètement rétablie dès le mois de septembre 2017, soit après la fin de son congé de maternité ; d'un point de vue rhumatologique, elle était pleine dans un travail sédentaire, à savoir une activité ne nécessitant pas d'effort de soulèvement à partir du sol et le port de charge permanent, autorisant le port de charge (limitée à 20 kg) ponctuel proche du corps et évitant les bras tendus en avant en position debout ou assise et les positions en porte-à-faux avant ou latéral.

Par projet de décision du 11 février 2019, l'Office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui accorder le droit à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} mars au 31 août 2017.

Le 24 juin 2019, l'assurée, représentée par Me Yann Oppliger, s'est opposée à ce projet de décision. A l'appui de son argumentation, elle a produit, le 17 juillet 2019, un rapport du 2 juillet 2019 de la Dre I._____, laquelle contestait le diagnostic retenu par l'expert psychiatre.

Dans un avis du 16 août 2019, la Dre M._____ a déclaré que l'appréciation de la Dre I._____ n'était pas susceptible de remettre en cause les observations de l'expert psychiatre.

Par décision du 9 décembre 2019, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 11 février 2019.

B. Le 24 janvier 2020, K._____, sous la plume de son mandataire, a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente lui soit reconnu au-delà du 31 août 2017 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision.

Dans le cadre de la procédure de recours, le juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 26 février 2021, ce spécialiste a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyenne intensité, avec syndrome somatique, d'autres troubles anxieux mixtes et d'autres modifications durables de la personnalité. Il a estimé que la capacité de travail se montait à 50 % depuis le mois d'août 2015 dans l'activité habituelle, laquelle était adaptée aux troubles fonctionnels de l'assurée. Il a au demeurant recommandé que les données somatiques soient réactualisées au vu de leur évolution actuelle.

Par arrêt du 13 décembre 2021 (dans la cause AI 26/20 - 401/2021), la Cour de céans s'est ralliée aux conclusions du Dr S._____ relatives à l'évaluation de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Admettant le recours, elle a annulé la décision du 9 décembre 2019 de l'Office AI et renvoyé la cause à ce dernier afin qu'il examine la question du statut de l'assurée, étant précisé que cette nouvelle instruction devait également être étendue à la question de l'aggravation de l'état de santé au niveau somatique survenue au mois de novembre 2020.

C. Reprenant l'instruction du dossier, l'Office AI a recueilli plusieurs pièces, dont :

- un rapport du 17 novembre 2021 du Dr [...], spécialiste en rhumatologie, lequel faisait état du diagnostic de syndrome douloureux chronique ;
- un rapport du 26 janvier 2022 du Dr L._____ indiquant une récurrence de canal cervical étroit, opéré en mars 2021, laquelle avait décompensé le trouble psychiatrique et, partant, diminué la capacité de travail de l'assurée sur ce plan ;
- un rapport du 8 février 2022 de la Dre [...], spécialiste en neurologie, laquelle mettait en évidence les diagnostics de canal cervical étroit multiétagé, de syndrome douloureux chronique et de « *dépression fibromyalgie* », tout en soulignant que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était entre deux et trois heures par jour ; et
- un rapport du 11 mars 2022 de la Dre I._____, laquelle relevait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), tout en certifiant une capacité de travail nulle dans l'activité de planificatrice ou dans le domaine des soins et de 30 % dès le 1^{er} mai 2022 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « *pas de charges, pas de travail dans le milieu médical, pas de travail à responsabilité et pas de travail sur une journée entière* ».

Dans un avis du 20 mai 2022, la Dre M._____ a exposé ce qui suit (*sic*) :

En nous appuyant sur l'expertise psychiatrique judiciaire du Dr S._____, nous réaffirmons que la **CT** [capacité de travail] de Mme K._____ **dans toute activité** pouvait être fixée durablement **à 50% depuis le 12.08.2015.**

Ensuite, comme mentionné par l'expert, nous devons reconnaître une **aggravation** de l'état de santé de l'assurée sous l'angle somatique, puis au plan psychiatrique, qui a été responsable d'une **IT** [incapacité de travail] **à 100% dans toute activité depuis novembre 2020.**

Mme K._____ a été opérée en mars 2021 et a pu retrouver sa CT sur le plan somatique en octobre 2021 ; cependant c'est à partir **du 1^{er} mai 2022** qu'une **CT de 30% dans une activité adaptée** au plan somatique et, notamment, au plan psychiatrique a pu être récupérée. [...]

Le 13 octobre 2022, l'assurée a fait savoir à l'Office AI qu'elle aurait travaillé à un taux de 100 % dès 2016, dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, cela pour des raisons financières.

Dans un compte-rendu du 4 novembre 2022, la permanence juridique de l'Office AI a estimé nécessaire de clarifier la question du statut de l'assurée au moyen d'une évaluation économique sur le ménage.

Le 7 février 2023, une enquête ménagère a été menée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du même jour, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps jusqu'au 28 février 2017 (c'est-à-dire jusqu'à la naissance du deuxième enfant), puis, dès le 1^{er} mars 2017, un statut comportant une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. Elle a estimé l'empêchement ménager à 47,23 % (soit 9,45 % après pondération).

Par projet de décision du 13 mars 2023, l'Office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui accorder le droit à un quart de rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2021 et à une rente entière dès le 1^{er} février 2021.

Le 1^{er} mai 2023, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, contestant pour l'essentiel le statut mixte retenu après la naissance de son deuxième enfant.

Le 11 août 2023, le Service C._____ a transmis à l'Office AI un avenant au contrat de travail, daté du 31 mai 2017 et signé par l'assurée le 2 juin 2017, par lequel les parties consentaient à une baisse du taux d'activité de 100 % à 80 % à compter du 4 septembre 2017.

Par décision du 25 septembre 2023, l'Office AI a confirmé son projet de décision du 13 mars 2023.

D. **a)** Le 27 octobre 2023, K._____, sous la plume de son conseil, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a principalement conclu à sa réforme en ce sens que le droit à une demi-rente d'invalidité lui soit reconnu pour la période entre le 1^{er} mars 2017 et le 31 octobre 2020 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'Office AI pour nouvelle décision dans le sens des considérants, la question relative à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ménagère étant à cet égard réservée.

b) Par réponse du 4 décembre 2023, l'Office AI a proposé d'admettre que le changement de statut - d'active de 100 % à 80 % - ne prenait effet qu'au début du mois de septembre 2017, soit à la date de la modification du taux d'activité prévue par l'avenant au contrat de travail du 31 mai 2017.

c) Par réplique du 15 avril 2024, K._____ a confirmé ses conclusions.

d) Par duplique du 16 mai 2024, l'Office AI a produit une nouvelle grille d'évaluation des empêchements ménagers, laquelle ne tenait plus compte, entre 2017 et le 1^{er} novembre 2020, de l'aide du fils aîné de l'assurée pour effectuer les petites courses à sa place, concluant ainsi à une invalidité de 54,02 % pour la part ménagère durant cette période. Sur cette base, il a proposé de réformer la décision attaquée en ce sens que soit reconnu à K._____ le droit à une demi-rente du 1^{er} mars au 31 août 2017, à un quart de rente du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017, à une demi-rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2021 et à une rente entière dès le 1^{er} février 2021.

e) Dans une écriture du 7 juin 2024, K._____ a pris acte de la proposition de réforme formulée par l'Office AI, maintenant pour le surplus 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 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) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement – au regard des conclusions encore litigieuses au terme de l'échange des écritures – le degré d'invalidité déterminant pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Dans le cas d'espèce, le droit à une rente d'invalidité a initialement été reconnu à la recourante à compter du 1^{er} janvier 2018, étant précisé que l'intimé a finalement proposé, dans sa duplique du 16 mai 2024, de lui allouer cette prestation à partir du 1^{er} mars 2017 déjà. Ce droit ayant pris naissance avant le 1^{er} janvier 2022, il convient par conséquent d'appliquer l'ancien droit au présent litige.

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (Michel Valterio, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 2 ad art. 28a LAI).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la 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 entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour

cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018. La décision litigieuse, rendue le 25 septembre 2023, est en effet postérieure à l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 de la modification du 1^{er} décembre 2017 du RAI. En vertu du principe général de droit transitoire selon lequel – même en cas de changement de bases légales – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner le droit à des prestations au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2017 et, après le 1^{er} janvier 2018, en fonction des nouvelles normes de ce règlement.

Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain – était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait

pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

5. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante, dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, aurait réduit son taux d'activité de 100 % à 80 % dès la naissance de son deuxième enfant, le 28 février 2017, afin de consacrer une part de 20 % de son temps à l'accomplissement de ses travaux habituels. Puis, dans sa réponse du 4 décembre 2023, il a finalement proposé que soit retenue pour ce changement de statut la date de la modification du taux d'activité telle que prévue par l'avenant au contrat de travail du 31 mai 2017 conclu entre la recourante et le Service C._____, à savoir au début du mois de septembre 2017. La recourante a, elle, soutenu qu'elle n'aurait jamais cessé d'exercer une activité à temps plein si elle était restée en bonne santé.

b) Cela étant, on ne saurait suivre la position de la recourante. Il ressort en effet du dossier que cette dernière souhaitait volontairement réduire en septembre 2017 son taux d'activité, passant de 100 % à 80 %, et que cette modification n'était pas la conséquence de son état de santé. Le rapport initial établi le 24 novembre 2016 par l'intimé précisait ainsi que la recourante était en discussion avec son employeur de l'époque en vue de diminuer son taux d'activité après la naissance de son deuxième enfant. L'avenant au contrat de travail susmentionné stipulait en outre une diminution du taux d'activité de 100 % à 80 % à partir du 4 septembre 2017. Une note d'entretien du 7 juillet 2017 entre l'Office AI et ledit employeur indiquait de surcroît que la recourante avait demandé à ce dernier de réduire son taux d'activité à 50 % à l'issue de son congé de maternité. Le rapport d'expertise du 7 janvier 2019 spécifiait au surplus

qu'elle comptait reprendre son travail en septembre 2017 à un taux de 80 %, mais qu'elle avait dû se restreindre à un retour à mi-temps en raison de son état de santé. Le Dr S._____, quant à lui, exposait, dans son rapport d'expertise du 26 février 2021, qu'« [a]vec l'arrivée de son deuxième enfant il exist[ait] clairement la notion d'un plus grand engagement maternel » et que « Mme K._____ avait de plein gré déjà auparavant demandé un contrat réduit à 80%, ce qui sembl[ait] correspondre à ce changement de rôle ». Dès lors, sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à partir du mois de septembre 2017, en retenant que la recourante, si elle avait été en bonne santé, aurait consacré 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

6. Il sied au demeurant de constater que l'intimé a évalué correctement la capacité de travail de la recourante et les empêchements dans l'accomplissement de ses travaux habituels. Ainsi, s'agissant de la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, il s'est principalement appuyé sur les conclusions du Dr S._____ et de la Dre I._____, lesquelles n'ont pas été contestées par la recourante. Il a dans ce cadre retenu une capacité de travail réduite de moitié entre août 2015 et octobre 2020, puis nulle dès novembre 2020 dans toute activité et enfin de 30 % dans une activité adaptée, soit une activité hors milieu médical, sans responsabilité et n'exigeant ni charges ni présence sur une journée entière, à partir de mai 2022. En ce qui concerne la part consacrée aux travaux habituels, l'office intimé a repris les conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 7 février 2023 (en tant qu'elle porte sur la période postérieure au 1^{er} novembre 2020) et de la grille d'évaluation modifiée de mai 2024 (en tant qu'elle porte sur la période entre 2017 et le 31 octobre 2020), estimant un empêchement ménager respectivement de 47,23 % (soit 9,45 % après pondération) et de 54,02 % (soit 10,8 % après pondération). Le contenu de ces rapports d'enquête n'a pas non plus fait l'objet de griefs spécifiques de la part de la recourante, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

7. **a)** Dans la mesure où, d'une part, la recourante a présenté une capacité de travail fluctuante dans son activité habituelle et dans une activité adaptée et que, d'autre part, elle est partiellement empêchée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il s'agit encore d'évaluer son degré d'invalidité - lequel a varié selon les périodes -, dans le but de déterminer l'étendue de son droit à la rente.

b) Pour la période courant entre le 1^{er} mars (soit six mois après le dépôt de la demande du 7 septembre 2016 [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]) et le 31 août 2017, durant laquelle la recourante était pleinement active professionnellement, le degré d'invalidité de cette dernière se confondait avec sa capacité de travail dans son activité habituelle (cf. 9C_562/2022 du 12 septembre 2023 consid. 6), à savoir 50 %. Il s'ensuit que le droit à une demi-rente lui est ouvert pour cette période.

c) Pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017, au cours de laquelle la recourante disposait toujours d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, mais comptait diminuer son taux d'activité à 80 %, le degré d'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative s'élevait - compte tenu du mode de calcul de la méthode mixte applicable avant 2018 (cf. *supra* consid. 3c/cc) - à 30 % ($[(80 - 50) \times 100 / 80 = 37,5 ; 37,5 \times 80 \% = 30 \%$). Le taux d'empêchement affiché dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels se montait, quant à lui, à 10,8 % ($54,02 \times 20 \%$), étant rappelé que l'aide de son fils aîné n'était alors pas encore exigible. Partant, le taux d'invalidité global - arrondi - doit être fixé à 41 % ($30 \% + 10,8 \%$), ce qui ouvre à la recourante le droit à un quart de rente.

d) Pour la période entre le 1^{er} janvier 2018 et le 31 octobre 2020, pendant laquelle la recourante présentait encore une incapacité de travail de 50 % et un taux d'empêchement de 10,8 %, le degré d'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative s'élevait - au regard du mode de calcul de la méthode mixte applicable dès le 1^{er} janvier 2018 (cf. *supra* consid. 3c/cc) - à 40 % ($100 - 50 = 50 ; 50 \times 20 \% =$

40 %). Le taux d'invalidité global - arrondi - doit en conséquence être arrêté à 51 % (40 % + 10,8 %), ce qui ouvre à la recourante le droit à une demi-rente jusqu'au 31 janvier 2021, soit trois mois après la péjoration de son état de santé (cf. art. 88a al. 2 RAI).

e) Pour la période à partir du 1^{er} février 2021, la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité, avant d'augmenter, en mai 2021, à 30 % dans une activité adaptée à ses limitations psychiques. Son degré d'invalidité s'élevait donc à 80 % (100 x 80 %). Le taux d'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels se montait, pour sa part, à 9,45 % (47,23 x 20 %), l'aide de son fils aîné étant exigible depuis le mois de novembre 2020. Le taux d'invalidité global - arrondi - doit donc être établi à 89 % (80 % + 9,45 %), ce qui ouvre à la recourante le droit à une rente entière, étant noté que l'amélioration de sa capacité de travail intervenue en mai 2021 n'a exercé aucune influence sur ce droit.

8. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 25 septembre 2023 par l'intimé réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente du 1^{er} mars au 31 août 2017, à un quart de rente du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017, à une demi-rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2021 et à une rente entière à compter du 1^{er} février 2021.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient pour l'essentiel gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 29 août 2024 par Me Yann Oppliger, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris, et de la mettre

intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui serait alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire de la recourante.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 25 septembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K. _____ a droit à une demi-rente du 1^{er} mars au 31 août 2017, à un quart de rente du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017, à une demi-rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 janvier 2021 et à une rente entière depuis le 1^{er} février 2021.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K. _____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Yann Oppliger (pour K. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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).

Le greffier :