

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 juillet 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 6, 8 al. 3 et 16 LPGA ; 28, 28a et 29 LAI ; 27bis RAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1984 et ressortissante de G._____, a été animatrice pour enfants en G._____, puis elle s'est occupée de son premier enfant, né en 2008. Elle est arrivée en Suisse en 2009 et est au bénéfice d'un permis d'établissement C. En 2012, elle a entrepris une formation de coiffeuse dans une école de coiffure qu'elle a interrompue sans obtention de diplôme en 2013 à la naissance de sa seconde fille. Elle n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors, mais l'envisageait pour fin 2015.

A la suite d'un accident de la route survenu le 10 août 2015 en Thaïlande et souffrant d'un polytraumatisme, elle a déposé le 30 mars 2017 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).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée. On relève en particulier que le Dr R._____, spécialiste en traumatologie et orthopédie à l'Hôpital B._____, a notamment constaté dans son rapport du 10 janvier 2017 que l'incapacité de travail était totale depuis l'accident en raison d'un polytraumatisme avec fracture comminutive des deux os de la jambe droite, fracture du condyle fémoral externe gauche déplacée, plaies profondes de la jambe gauche et de l'épaule droite, fracture de l'extrémité distale du radius droit et dermabrasions multiples. Le Dr R._____ a observé que l'assurée ne pourrait pas reprendre son activité de coiffeuse mais qu'il y avait lieu d'envisager une reconversion professionnelle dans une activité sédentaire, étant précisé que l'assurée n'était certes pas francophone à l'origine mais qu'elle était très motivée et avait les compétences pour une reconversion professionnelle réussie dans un travail sédentaire assis. Le 26 mai 2017, le Dr R._____ a constaté une évolution lentement favorable avec une augmentation du périmètre de marche et une diminution des douleurs ; il

a émis un pronostic défavorable pour le genou gauche atteint d'arthrose ; puis, il a confirmé une incapacité de travail totale depuis l'accident en raison de limitations physiques, hormis une activité totalement sédentaire. Le 6 avril 2018, ce médecin a constaté une évolution satisfaisante plus de deux ans après le polytraumatisme pour ce qui concerne le membre inférieur droit puisque l'assurée marchait désormais sans canne ; il a ajouté que l'assurée présentait encore des douleurs occasionnelles, surtout en fonction de l'activité, mais qu'elle avait pu reprendre ses activités sportives de type fitness sans difficulté. Pour ce qui concerne le genou gauche, le médecin a observé une évolution également favorable malgré les limitations fonctionnelles résiduelles (qu'il n'a pas précisées).

L'instruction de la demande a été complétée par une enquête économique sur le ménage, laquelle a mis en évidence, d'une part, que l'assurée travaillerait à 50% (compte tenu du jeune âge de son enfant cadet), si elle n'était pas atteinte dans sa santé et, d'autre part, une entrave de 20,10% dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 11 octobre 2017).

Afin de déterminer plus précisément la capacité de travail de l'assurée, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a confié la réalisation d'un examen clinique rhumatologique au Dr F._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport circonstancié du 31 mai 2018, ce médecin a posé le diagnostic - avec répercussion durable sur la capacité de travail - d'arthrose post-traumatique anamnétique du genou gauche dans le cadre d'un status après fracture du condyle fémoral latéral gauche ostéosynthésée avec status après ablation du matériel d'ostéosynthèse, et de status après fractures comminutives des deux os de la jambe droite, traitées par fixateur externe fémoro-tibio-métatarsien droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de status après fracture de l'extrémité distale du radius droit, embrochée et réduite, status après plaies profondes de la jambe gauche et de l'épaule droite, suturées, status après dermabrasions multiples, lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et troubles statiques discrets à modérés des

pieds. Il a examiné de manière approfondie les avis médicaux et dossiers radiologiques au dossier, effectué l'anamnèse complète de l'assurée et a tenu compte des plaintes de celle-ci, avant de procéder à un examen clinique détaillé. Il a constaté que sur le plan ostéoarticulaire et neurologique, l'assurée déambulait normalement sans boiterie pieds nus dans la salle d'examen ; la marche sur la pointe des pieds était possible sans problème, de même que la marche sur les talons à gauche mais devenait plus laborieuse sur les talons à droite ; l'accroupissement était limité et entraînait des gonalgies gauches et des douleurs de la partie distale de la jambe droite et de la cheville droite ; le relèvement se faisait sans aide extérieure et le reste du status neurologique était parfaitement normal. Au plan rachidien, le Dr F. _____ a noté de discrets troubles statiques du rachis dorsal, la mobilité lombaire étant bonne, la mobilité cervicale étant satisfaisante et celle des articulations périphériques étant bien conservée ; seule la flexion active du genou gauche était légèrement limitée en flexion par rapport au genou droit. Il a relevé que, malgré les douleurs, l'assurée arrivait encore à assumer son ménage, à passer deux fois par semaine l'aspirateur, à faire la lessive et le repassage ; elle utilisait les transports publics sans problème, accompagnait ses filles à l'école qui se trouvait à cinq minutes de son domicile à pied, faisait les courses avec son mari et avait pu partir à T. _____ en voiture comme passagère. Le médecin a précisé que l'assurée était motivée par la reprise d'une activité légère en position assise, éventuellement esthéticienne. Du point de vue des traitements, l'assurée ne faisait plus de physiothérapie mais du fitness, soit du vélo et des steps.

Au terme de son analyse, le Dr F. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité de coiffeuse était nulle depuis le 10 août 2015, mais qu'elle était totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus d'une heure et pas de lever de charges de plus de 10kg, et cela depuis le 28 février 2017, soit trois mois après le complément d'ablation

du matériel d'ostéosynthèse du genou gauche et l'arthrolyse arthroscopique du genou gauche. Le Dr F. _____ a ajouté que la capacité de travail exigible était déterminée essentiellement par la gonarthrose gauche post-traumatique et accessoirement par le status après fracture du tibia. Ainsi, il a retenu qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail notamment dans une activité sédentaire en position assise.

Par projet de décision du 5 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Reconnaisant une incapacité de travail totale du 10 août 2015 au 27 février 2017 ouvrant le droit à trois-quarts de rente, l'intimé a noté que la rente n'était toutefois pas exigible compte tenu de la tardiveté du dépôt de la demande. Il a ensuite retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (relevées dans le rapport du Dr F. _____) dès le 28 février 2017 amenant un degré d'invalidité n'ouvrant toutefois pas le droit à une rente.

Le 4 février 2019, l'OAI a rejeté formellement la demande de prestations déposée par l'assurée.

B. Par acte du 21 février 2019, H. _____ a déféré la décision du 4 février 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens qu'une rente lui soit allouée.

Dans sa réponse du 29 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, renvoyant, en ce qui concernait les griefs formulés par l'assurée, aux pièces de son dossier.

La recourante n'a pas répliqué.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. 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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40% au moins 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.

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

4. a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, 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.

Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalide), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge ou le handicap. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalide est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75).

b) 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. La méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères a été modifiée le 1^{er} janvier 2018.

En l'espèce, dès lors que la recourante présente une situation antérieure et postérieure à cette date, les méthodes relatives à chaque période seront appliquées. Selon la jurisprudence, il y a lieu en effet d'appliquer, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées).

c) Dans une situation antérieure au 31 décembre 2017, chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; 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], dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps

partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). 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 – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait 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 continue 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 subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références citées).

d) Pour la situation postérieure au 1^{er} janvier 2018, 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, 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 (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 (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 sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018]).

5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité de coiffeuse. Alors que l'office intimé retient que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la recourante soutient de son côté que sa capacité de travail est totalement nulle.

L'intimé a fait siennes les constatations du Dr F._____ et il n'y a pas lieu de s'écarter de ses conclusions, qui rejoignent d'ailleurs globalement les observations du médecin traitant R._____. L'examen rhumatologique remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, le médecin a fondé son rapport sur un examen clinique complet et a pris en considération les plaintes exprimées par la recourante. Le rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. Pour le reste, la description de la situation et son appréciation sont claires et compréhensibles.

La recourante n'émet pas de critiques objectives à l'égard du rapport du SMR, mais fait valoir ses plaintes subjectives et requiert l'allocation d'une rente. Elle indique notamment qu'elle ne peut pas rester debout plus d'une heure ; or cette limitation a été prise en compte dans l'évaluation des limitations fonctionnelles déterminant l'existence d'une activité adaptée. La détermination de l'ensemble des limitations fonctionnelles par le Dr F._____ et l'OAI est cohérente et motivée. Le médecin traitant a également conclu à une capacité de travail dans une activité sédentaire. La recourante ne dit pas en quoi les limitations fonctionnelles ne seraient pas correctement évaluées. Aucune pièce médicale versée au dossier ne justifie de s'écarter de l'examen rhumatologique qui est circonstancié. En l'absence d'avis médicaux susceptibles de jeter le doute quant au bien-fondé des conclusions du médecin du SMR, il y a lieu de retenir que la recourante présente depuis le 10 août 2015 une incapacité totale de travail en toute activité, puis dès le 28 février 2017 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle, pas de franchissement

régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus d'une heure, pas de marche de plus d'une heure et pas de lever de charges de plus de 10kg.

Fondé sur ces constatations, l'intimé a considéré à juste titre que la recourante était en mesure d'occuper un emploi simple et léger, n'exigeant pas de qualification particulière, dans le domaine de la production ou des services, tel que le contrôle qualité, un petit travail à l'établi, le montage-assemblage de pièces légères ou le conditionnement léger, respectant ses limitations fonctionnelles.

En conséquence, l'évaluation de la capacité de travail et son exigibilité doivent être confirmées.

7. a) S'agissant du calcul du degré d'invalidité, l'intimé a distingué deux périodes.

Admettant que la recourante aurait repris une activité lucrative à 50% si elle n'avait pas subi d'atteinte à sa santé, l'intimé a considéré qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale du 10 août 2015 au 27 février 2017, de sorte que le préjudice correspondait à 100% de la part active évaluée à 50%, soit 50%. Pour ce qui concerne les empêchements dans la tenue du ménage, il a fixé à 10,05% le degré d'invalidité (soit 50% de 20,10%). Le degré d'invalidité pour cette période a ainsi été arrêté à 60,05%, ce qui ouvrait le droit à un trois-quarts de rente.

A partir du 28 février 2017, l'OAI a considéré que sans atteinte à la santé l'assurée aurait perçu un revenu annuel brut de 27'399 fr. 73 en 2017 (ESS, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1, soit 4'363 fr. par mois en 2016, indexé à 2017 et à 41,7 heures par mois, à 50%), compte tenu de l'absence de formation qualifiée et du domaine d'activité (coiffeuse) dans lequel l'assurée avait travaillé brièvement. Disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, elle était en mesure de réaliser le même revenu annuel brut de 27'399 fr. 73 en 2017

pour une activité non qualifiée dans le domaine de la production ou des services, sous déduction d'un abattement de 5% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, soit 26'029 fr. 74. La perte de revenu étant de 1'369 fr. 99, le degré d'invalidité était de 5%, ce qui correspondait à 2,5% pour une part active de 50%. Au final, l'intimé a considéré que, dès le 28 février 2017, le degré d'invalidité était de 12,05% et n'ouvrait pas le droit à une rente.

Appliquant la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères dès le 1^{er} janvier 2018, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité demeurait inchangé, compte tenu d'un revenu sans invalidité à plein temps de 55'018 fr. 65 et d'un revenu d'invalidité à 100% de 52'267 fr. 72.

L'OAI a ensuite relevé que le droit à trois-quarts de rente était ouvert dès le terme du délai de carence d'un an, soit le 10 août 2016, jusqu'au 31 mai 2017, soit à l'échéance du délai de trois mois d'amélioration de la capacité de gain. Cependant, la demande déposée le 30 mars 2017 était tardive, dès lors que la rente n'aurait pu être versée qu'à l'échéance d'un délai de six mois dès le dépôt de la demande, soit dès le 1^{er} septembre 2017, date à laquelle le droit à la rente n'existait plus.

b) Les revenus avec et sans invalidité tels qu'évalués sur la base de l'ESS ne sont pas contestés et ne prêtent pas le flanc à la critique. L'abattement de 5% retenu pour prendre en considération les limitations fonctionnelles peut également être approuvé.

c) Il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable au cas de la recourante. Elle n'exerçait pas d'activité lucrative lorsqu'elle a été atteinte dans sa santé, mais elle voulait reprendre une activité à temps partiel. Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement opéré par l'office intimé, selon lequel la recourante aurait exercé une activité lucrative à 50% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, compte tenu du jeune âge de son enfant cadet.

d) Pour la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3)

En l'occurrence, on ne voit aucune raison de se distancer des observations consignées dans le rapport d'enquête économique sur le ménage, lequel met en évidence un taux d'empêchement de 20,10%. Ce document remplit toutes les exigences jurisprudentielles rappelées ci-dessus, étant précisé que la recourante ne fait valoir aucun grief à son encontre.

e) Il résulte de ce qui précède que les degrés d'invalidité calculés par l'OAI en appliquant l'ancienne et la nouvelle méthode mixte d'évaluation sont corrects.

Il y a lieu de confirmer également que le droit à un trois-quarts de rente était ouvert après un délai de carence d'un an (art. 28 LAI), soit dès le 10 août 2016, jusqu'au 31 mai 2017, mais qu'il ne pouvait prendre naissance qu'à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande (art. 29 LAI), soit dès le 1^{er} septembre 2017, de sorte que la demande déposée le 30 mars 2017 est tardive.

8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, il convient de fixer les frais judiciaires à 400 fr. à charge de la recourante qui succombe et qui, pour ce motif, n'obtiendra pas de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours déposé le 21 février 2019 par H. _____ est rejeté.

- II. La décision rendue le 4 février 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de H._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme H._____,
- 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).

Le greffier :