

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 juin 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Röthenbacher et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Kramer

Cause pendante entre :

K. _____, à Pregassona, recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 8 al. 1 LPGA et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____, née en 1968, mère d'un enfant, a travaillé à 65% en tant que secrétaire pour l'entreprise X._____ S.A., à Crissier, jusqu'au 30 novembre 2003. Elle a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 1^{er} juin 2004, sollicitant une rééducation dans la même profession ainsi que l'octroi d'une rente.

Le 24 juin 2004, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% dans le domaine du secrétariat, par nécessité financière et intérêt personnel.

b) Le Dr Q._____, chef de clinique à l'Hôpital psychiatrique Z._____, a établi un rapport le 7 septembre 2004, dans lequel il retient les diagnostics affectant la capacité de travail de schizophrénie indifférenciée, présente dès 1992, et d'épisode dépressif sévère, existant depuis août 2004 (recte: 2003), l'assurée présentant également une obésité sans répercussion sur la capacité de travail. De ce rapport, il ressort pour l'essentiel ce qui suit:

Anamnèse

A la suite d'une opération à la cheville en octobre 1991, l'assurée a développé un premier épisode psychotique sur un mode déficitaire avec apragmatisme. L'évolution a été spontanément favorable, avec cependant une rechute début 1992, à la veille d'une nouvelle intervention orthopédique programmée. Elle a alors développé une symptomatologie identique à l'épisode précédent, associée à des hallucinations cénesthésiques et des idées de concernement, qui a motivé une première hospitalisation en milieu psychiatrique, du 7 janvier au 27 mars 1992. L'évolution a été difficile, mais lentement favorable, avec un amendement complet de la symptomatologie psychotique qui a permis à l'assurée de reprendre une activité professionnelle.

Après avoir donné naissance à un enfant en 1997 et s'être séparée de son époux, l'intéressée est retournée vivre chez ses parents. Depuis son retour, elle a développé une symptomatologie négative progressive, avec l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle, associée, dans les jours qui ont précédé la deuxième hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique M._____, à des hallucinations auditives, visuelles et cénesthésiques. Sous traitement neuroleptique, l'évolution a été rapidement favorable et l'intéressée a pu quitter l'hôpital après trois semaines.

K._____ a alors retrouvé une activité professionnelle. Elle a toutefois été licenciée en janvier 1999, "probablement déjà en lien avec des symptômes prodromiques à une nouvelle décompensation", ce qui va l'amener à être hospitalisée une troisième fois, du 21 février au 1^{er} avril 1999.

Sans avoir pu reprendre d'activité professionnelle, l'intéressée a été hospitalisée, du 7 novembre au 17 décembre 1999, en raison d'un nouvel épisode psychotique. A la suite de cette hospitalisation, une prise en charge réhabilitative intensive a été mise en place, qui a permis à l'intéressée de retrouver un emploi de secrétaire qu'elle a occupé de mars 2002 à juillet 2004 (recte: 2003). L'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} août 2003.

Vers la fin 2003, K._____ a présenté une nouvelle rechute psychotique qui a pu être contrôlée ambulatoirement. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un épisode dépressif sévère post-psychotique, particulièrement résistant, qui a motivé la dernière hospitalisation, du 5 février au 12 mars 2004.

L'évolution est actuellement favorable avec un amendement complet de la symptomatologie psychotique associé cependant à une symptomatologie dépressive résiduelle.

Thérapie/Pronostic

K._____ présente une schizophrénie depuis de nombreuses années et supporte de moins en moins les différents stressseurs qui s'accumulent au cours des ans, comme le démontre le rythme des dernières hospitalisations. Certains aménagements familiaux et sociaux ont permis de la soulager vis-à-vis des contraintes auxquelles elle est soumise. Toutefois, les exigences d'une activité à plein temps se révèlent clairement insurmontables pour l'assurée. La capacité de gain est ainsi réduite d'au moins 50%, avec l'espoir qu'une activité à temps partiel permette à l'intéressée de conserver son équilibre et participe activement au maintien de l'intégration sociale.

Le pronostic est favorable, pour autant que des aménagements, qui sont nécessaires en particulier au niveau professionnel, puissent être trouvés, afin de permettre à l'assurée de faire face aux différentes contraintes, sans puiser dans ses réserves qui l'amènent systématiquement à une décompensation psychotique, ceci d'autant plus qu'elle répond positivement à une médication psychotrope bien menée.

c) Sur demande de l'OAI, le Dr Q._____ a complété son rapport le 25 juillet 2005. S'agissant du stress occasionné par la recherche d'un emploi et la capacité de celui-ci à engendrer une nouvelle décompensation, le Dr Q._____ indique que, comme souvent dans le cadre d'un tel trouble, c'est la constellation de stressseurs à un moment donné qui peut participer à une nouvelle décompensation. L'intéressée effectue des recherches d'emploi des plus actives depuis le début 2005, sans difficultés apparentes. Cependant, l'incertitude liée à son revenu dans un futur proche pourrait l'amener à développer une anxiété prégnante à l'origine d'une nouvelle décompensation. Le Dr Q._____ précise également qu'en dehors des crises, K._____ ne présente aucune limitation fonctionnelle.

d) Le 22 novembre 2005, la Dresse B._____, médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après: SMR), a établi un avis dans lequel

elle indique que la capacité de travail de l'assurée a été nulle du 1^{er} août 2003 au 31 décembre 2004 et qu'elle s'élève à 50% dès le 1^{er} janvier 2005. Les limitations fonctionnelles consistent en une intolérance au stress, des troubles de la concentration et une pensée ralentie et rétrécie lors de crises.

e) Du rapport d'enquête ménagère, daté du 23 mars 2006, il ressort que l'assurée doit être considérée comme active à 80% et comme ménagère à 20%, le degré d'empêchement de l'intéressée dans l'accomplissement de ses travaux ménagers habituels s'élevant à 9,5 pour-cent.

f) Par courrier du 30 novembre 2006, K._____ a exposé à l'OAI avoir retrouvé un emploi à 50% en tant que conseillère de mode pour l'entreprise F._____, à Ibach (réd: dans le canton de Schwytz), dès le 24 novembre 2006.

g) Par projet d'acceptation de rente du 10 mai 2007, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} août 2004 ou 30 mars 2005, relevant en particulier les éléments suivants:

- la capacité de travail et l'aptitude de l'assurée à accomplir les travaux habituels sont restreintes depuis le 1^{er} août 2003 (début du délai d'attente d'un an);

- sans atteinte à la santé, l'assurée continuerait d'exercer l'activité d'employée de commerce à 80%, le 20% restant étant consacré aux travaux habituels;

- selon l'enquête réalisée sur place, l'empêchement dans la tenue du ménage s'élève à 9,5 pour-cent. Le taux d'invalidité pour la part ménagère s'élève ainsi à 1,9 pour-cent;

- à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20),

l'assurée présente une incapacité de travail totale dans toute activité, ouvrant ainsi le droit à une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 82 pour-cent;

- suite à l'amélioration de l'état de santé de l'intéressée, l'exercice de l'emploi habituel ou d'activités adaptées est exigible à 50% depuis le 1^{er} janvier 2005. Il en résulte, pour la part active, un empêchement de 37,5% ($[(80 - 50) \times 100 / 80 = 37,5\%]$). Le degré d'invalidité est dès lors de 30% pour la part active ($80\% \times 37,5\% = 30\%$);

- le degré d'invalidité global s'élève ainsi à 32%, lequel n'ouvre pas droit à la rente. En conséquence, la rente est supprimée le 1^{er} avril 2005, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé survenue en janvier 2005.

B. a) Par courrier du 4 juin 2007, K._____ a contesté le projet de décision de l'OAI, indiquant qu'elle avait été totalement incapable de travailler jusqu'au 31 janvier 2005, de sorte que le droit à la rente devrait être prolongé d'un mois. A l'appui de sa contestation, l'assurée a produit un certificat médical établi le 9 mars 2005 par le Dr Q._____, lequel certifie que K._____ a présenté une incapacité totale de travailler du 5 février 2003 au 9 mars suivant et du 1^{er} août 2003 au 31 janvier 2005. Le Dr Q._____ indique également que l'assurée est "inapte au travail à 40%, probablement de manière durable, depuis le 1^{er} février 2005".

b) Par projet d'acceptation de rente du 14 juin 2007, confirmé dans une décision du 13 novembre suivant, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} août 2004 au 30 avril 2005, l'assurée étant totalement incapable de travailler dans toutes activités à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit au 1^{er} novembre 2004. L'OAI a toutefois considéré que K._____ avait retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2005, occasionnant un taux d'invalidité de 32%, lequel n'ouvre pas le droit à la rente.

C. **a)** C'est contre cette décision que K._____ a recouru au Tribunal des assurances du canton de Vaud, par acte du 12 décembre 2007 complété le 17 décembre 2007 par une écriture émanant de la Dresse L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant implicitement à ce que le droit à une rente lui soit reconnu au-delà du 30 avril 2005. En substance, elle fait valoir que, selon les constatations de l'OAI, elle exercerait, sans atteinte à la santé, une activité lucrative au taux de 80 pour-cent. Toutefois, depuis 2003, son taux d'activité n'a jamais dépassé 60 pour-cent. Elle relève également que son état de santé n'est pas bon alors qu'elle travaille à un faible pourcentage. En effet, après avoir exercé une activité lucrative à un rythme trop élevé (60%), elle est en incapacité totale de travail depuis octobre 2007. Elle considère ainsi que sa capacité de travail ne dépasse pas 50 pour-cent.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit deux certificats médicaux, établis les 2 et 15 novembre 2007 par le Dr T._____ et la Dresse R._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante auprès du Secteur psychiatrique C._____, attestant une incapacité totale de travail du 29 octobre au 16 septembre 2007 et du 19 au 30 novembre 2007.

La recourante a également produit un certificat médical, du 29 novembre 2007, dans lequel la Dresse L._____ atteste une incapacité de travail totale jusqu'au 15 décembre 2007.

b) Par réponse du 28 janvier 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que ni le recours ni son complément n'amenaient d'éléments nouveaux.

c) Mandaté en qualité d'expert, le Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 29 janvier 2009, dans lequel il retient le diagnostic de schizophrénie indifférenciée (F 20.3). De ce rapport, il résulte pour l'essentiel ce qui suit:

Appréciation diagnostique

Le diagnostic de schizophrénie indifférenciée doit être retenu, conformément à la CIM-10, pour les raisons suivantes: l'assurée a présenté des épisodes aigus comprenant des idées de concernement; elle rapporte aussi des hallucinations cénesthésiques et l'apragmatisme est mentionné au dossier; l'expert fait également état d'un certain degré d'émoussement affectif; le dysfonctionnement socioprofessionnel est bien établi depuis la fin des années 90; en outre, les troubles ont eu la durée requise pour poser le diagnostic de schizophrénie, sachant qu'il reste à ce jour au moins des symptômes négatifs (les symptômes négatifs [aboulie, apragmatisme] reflètent la diminution ou la perte de fonctions normales).

Appréciation asséculoologique

L'appréciation asséculoologique est difficile, puisqu'on est face à une pathologie qui évolue en dents-de-scie. Pendant les crises, il ne fait pas de doute que l'expertisée est totalement incapable de travailler, une hospitalisation en milieu psychiatrique étant le plus souvent nécessaire et la médication neuroleptique, dont les effets secondaires peuvent alors devenir incapacitants en soi, devant être augmentée de façon importante.

Entre les crises, l'assurée présente un certain degré de dysfonctionnement qui tend à s'imposer depuis la fin des années 90. Ce dysfonctionnement relève essentiellement des symptômes négatifs de psychose dont l'effet délétère est souvent la première cause de l'invalidation des schizophrènes.

L'assurée présente un certain degré d'émoussement affectif qui peut la gêner dans ses relations interpersonnelles et un certain apragmatisme qui la ralentit et limite ses capacités d'initiative. En outre, l'intéressée a quelque chose de bizarre dans sa présentation qui attire immédiatement l'attention. Même l'observateur non averti constate d'emblée que quelque chose ne va pas. Toutes ces particularités engendrent des limitations sur le marché normal du travail et dans les activités exercées jusqu'ici par l'assurée.

Une schizophrénie occasionne également une grande sensibilité au stress. L'assurée est devenue un peu plus symptomatique pour le seul motif qu'elle devait venir à une expertise psychiatrique. A cette occasion, elle rapporte des perceptions anormales et des troubles du sommeil. Il y a des éléments probants pour admettre que l'expertisée reste constamment symptomatique, même en dehors des crises.

Au vu de ce qui précède, l'expert est d'avis qu'il est pleinement justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique de 50%, ce taux étant une moyenne, sachant que l'expertisée peut présenter des périodes d'incapacité de travail plus importantes. Il est aussi vraisemblable qu'elle puisse avoir une activité professionnelle dépassant ce 50% sur d'autres périodes. Dès lors, l'expert retient une incapacité de travail de 100% entre le 5 février 2003 et le 9 mars 2003 et entre le 1^{er} août 2003 et le 31 décembre 2004 et de 50% depuis le 1^{er} janvier 2005, appréciation qui rejoint celle du SMR.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, l'incapacité de travail a vraisemblablement varié de façon minime, tout en sachant que l'assurée a occupé des emplois à taux d'activité variables. En moyenne, il paraît raisonnable d'admettre que son taux d'incapacité de travail a été de 50 pour-cent. Ce taux est vraisemblablement fixé pour une longue durée, la schizophrénie étant une maladie psychiatrique chronique.

Sur le plan professionnel, on peut raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle reprenne l'une ou l'autre de ses activités antérieures à un taux de 50 pour-cent.

d) Dans le délai imparti pour se déterminer sur l'expertise, l'OAI relève, le 25 février 2009, que les conclusions de l'expertise du Dr N._____, qui retient une incapacité totale de travail du 1^{er} août 2003 au 31 décembre 2004, puis une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} janvier 2005, rejoint les conclusions des médecins traitants ainsi que celles du SMR. S'agissant de la détermination du taux d'invalidité au moyen de la

méthode mixte, l'OAI renvoie à la décision attaquée, dont il estime qu'elle a été établie en conformité avec les dispositions légales et la jurisprudence en la matière. Il préavise dès lors pour le rejet du recours.

La recourante ne s'est pas déterminée sur l'expertise.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté en temps utile, le recours est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD)

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est seul litigieux le taux d'invalidité de la recourante.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 LAI), 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 réadaptations, sur un marché du travail équilibré.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre

position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64).

c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2^{ter} LAI en corrélation avec les art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 125 V 146; 130 V 393 consid. 3.3).

4. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

b) Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicales judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

c) Enfin, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire.

5. a) En l'espèce, K. _____ a indiqué, dans un questionnaire du 24 juin 2004, qu'en bonne santé elle travaillerait à 80% dans le domaine du secrétariat, le reste de son temps étant consacré aux activités ménagères. Dès lors que le rapport d'enquête ménagère, du 23 mars 2006, arrive à une conclusion identique, c'est à juste titre que la méthode mixte de l'évaluation de l'invalidité a été appliquée par l'OAI pour déterminer le taux d'invalidité de l'intéressée, celle-ci étant reconnue personne active dans la proportion de 80% et ménagère à 20 pour-cent.

Cela étant, il convient d'évaluer la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

b) En l'espèce, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière du 1^{er} août 2004 au 30 avril 2005, considérant qu'elle était totalement incapable de travailler dans toutes activités, mais qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 50% dans toutes activités dès le 1^{er} février 2005. La recourante considère également ne pas être en mesure de travailler à un taux d'activité supérieur à 50 pour-cent.

c) L'expertise judiciaire confiée au Dr N. _____ a abouti à la conclusion que l'on peut raisonnablement exiger de l'expertisée, sur le plan psychiatrique, qu'elle reprenne son ancien travail d'employée de commerce à un taux de 50 pour-cent. Cette conclusion se fonde sur une étude circonstanciée. Le rapport repose sur des examens complets,

prenant également en considération les plaintes de la recourante. L'anamnèse est détaillée et la description du contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale sont parfaitement claires. Les conclusions de l'expert sont bien motivées et convaincantes, de sorte que toutes les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître à ce rapport d'expertise une pleine valeur probante sont réunies. Par ailleurs, les autres avis médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de ce rapport d'expertise, qui est récent et prend dûment en considération tous les éléments ressortant du dossier.

Ainsi, le Dr Q._____ a estimé, dans son rapport circonstancié du 7 septembre 2004, que la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 50 pour-cent. La Dresse B._____, médecin auprès du SMR, a fait sienne cette appréciation dans son rapport d'examen du 22 novembre 2005.

A l'appui de sa contestation du projet de décision de l'OAI, l'assurée a produit un certificat médical établi le 9 mars 2005 par le Dr Q._____, lequel certifie que K._____ a présenté une incapacité totale de travailler du 5 février 2003 au 9 mars suivant et du 1^{er} août 2003 au 31 janvier 2005. Le Dr Q._____ indique également que l'assurée est "inapte au travail à 40%, probablement de manière durable, depuis le 1^{er} février 2005". La décision attaquée prend dûment en considération cet avis médical puisqu'elle retient que la recourant n'a recouvré une capacité de travail de 50% qu'à partir du 1^{er} février 2005.

A l'appui de son recours, la recourante a produit deux certificats médicaux, établis les 2 et 15 novembre 2007 par le Dr T._____ et la Dresse R._____, attestant une incapacité de travail totale du 29 octobre au 16 novembre 2007 et du 19 au 30 novembre 2007. La Dresse L._____ fait également état, dans un certificat médical du 27 novembre 2007, d'une incapacité de travail totale jusqu'au 15 décembre 2007. Ces trois certificats médicaux attestent uniquement de périodes d'incapacité de travail, sans être motivés, de sorte qu'il n'est pas possible de leur accorder pleine valeur probante.

Au surplus, ils ne remettent nullement en cause les conclusions de l'expertise N._____, qui rejoignent elles-mêmes celles du Dr Q._____ et du SMR. En effet, l'expert a expliqué de manière circonstanciée que l'on est face à une pathologie qui évolue en dents-de-scie; il a ainsi exposé que pendant les crises, il ne fait pas de doute que la recourante est totalement incapable de travailler et qu'il est le plus souvent nécessaire de l'hospitaliser en milieu psychiatrique. L'expert a chiffré le taux d'incapacité de travail psychiatrique à 50%, à l'instar de ce qui a été retenu par les médecins psychiatres traitants, en précisant que ce taux est une moyenne, sachant que l'expertisée peut passer des périodes d'incapacité de travail plus importantes et qu'il est aussi vraisemblable qu'elle puisse avoir une activité professionnelle dépassant ce 50% sur d'autres périodes.

d) En définitive, il y a lieu de considérer, sur la base de l'appréciation de l'expert judiciaire qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante et qui n'est pas remise en cause par les autres avis médicaux, que la recourante présente une capacité de travail, dans l'exercice de sa profession habituelle d'employée de commerce, de 50% dès le 1^{er} février 2005. Comme le calcul du degré d'invalidité afférent à l'exercice de l'activité lucrative et de celui afférent à l'accomplissement des autres travaux habituels n'est pas critiqué et a été correctement effectué par l'autorité intimée, la décision attaquée, qui ne reconnaît à la recourante le droit à une rente entière que du 1^{er} août 2004 au 30 avril 2005 - dès lors que la recourante a retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} février 2005 et ne présente plus depuis cette date qu'un taux d'invalidité de 32%, lequel n'ouvre pas droit à la rente - échappe à la critique.

6. En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

7. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais

de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI, applicable ratione temporis à la présente procédure puisque celle-ci a été introduite après le 1^{er} juillet 2006). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision attaquée est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 500 fr. (cinq cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- K. _____,
- 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 :