

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2009

Présidence de M. DIND
Juges : MM. Neu et Jomini
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

B._____, à Nyon, recourante, représentée par l'avocat Olivier Subilia, à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. B._____, née en 1965, a déposé le 31 mars 2004 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Dans un formulaire *ad hoc* complété le 22 avril 2004, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 % comme "employée dans le ménage", par nécessité financière, et ce depuis toujours.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été produit le 28 avril 2004.

Dans un rapport établi le 2 juin 2004, la Dresse L._____, psychiatre traitant de l'intéressée depuis le mois de juillet 2003, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de personnalité anxieuse (F60.6), occasionnant une incapacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage depuis 1995. Il était notamment mentionné que l'assurée avait travaillé en Suisse depuis l'âge de 17 ans comme ouvrière et femme de ménage, à 100 %, jusqu'en 1995, et qu'elle avait été hospitalisée pour crise d'angoisse à 2 reprises, en 1998 et 1999, à l'Hôpital [...]. Dans une annexe à ce rapport, la Dresse L._____ précisait que l'intéressée pouvait travailler à la mi-journée (3 heures par jour), sans qu'il soit exigible de sa part qu'elle exerce une autre activité.

Par courrier adressé à l'assurée le 18 juin 2004, l'office a relevé que, alors qu'elle avait déclaré qu'elle travaillerait, sans atteinte à la santé, à 100 % depuis toujours, il résultait de ses cotisations AVS qu'elle n'avait jamais travaillé à ce taux; il lui a demandé pour quelle(s) raison(s), et si elle avait cherché à le faire. L'intéressée a répondu sur ce même courrier, traçant "100 %" et inscrivant en lieu et place "50 %", et indiquant ce qui suit: "Je m'occupe de mes enfants".

Interpellé par l'OAI, l'Hôpital [...] a produit par écriture du 25 juin 2004 un rapport établi le 27 avril 2000, dont il résulte que l'assurée y avait été hospitalisée sur "admission volontaire en raison d'état

anxiodépressif" du 22 au 27 mars 2000. Il n'était fait mention d'aucune hospitalisation antérieure au sein de cet hôpital.

L'assurée a fait l'objet, le 2 décembre 2004, d'une enquête économique sur le ménage. Dans le rapport y relatif, établi le même jour, il était relevé qu'elle avait déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50 % (pour des raisons financières), de sorte que son statut a été arrêté à "50 % active et 50 % ménagère". L'enquête a conclu à un degré d'invalidité de 53.3 % dans la part ménagère.

Dans un avis médical du 8 mars 2005, le Service médical régional AI (SMR) a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, afin notamment de déterminer les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée ainsi que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Cette expertise a été réalisée par le Dr N._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, lequel a posé dans le rapport y relatif du 28 avril 2006 les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie (F40.1), d'anxiété généralisée (F41.1), de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure (F43.4) et de dépendance aux anxiolitiques (F13.2) [Axe I], ainsi que de personnalité dépendante (F60.07), de traits de personnalité abandonniques et de structure fruste [Axe II]. Selon ce praticien, l'incapacité de travail présentée par l'intéressée était probablement supérieure à 70 % depuis 1995; elle atteignait "en tout cas 80 %" à l'heure actuelle, étant précisé qu'il n'était pas exigible de sa part qu'elle exerce une autre activité, celle de nettoyeuse paraissant la plus adaptée. Concernant les limitations fonctionnelles, elles découlaient du besoin permanent d'un accompagnant, des difficultés de déplacement, des accès d'anxiété paroxystiques, de la fatigue importante, des troubles cognitifs, de l'aboulie occasionnelle, de la forte inquiétude, de la tristesse, ainsi que des céphalées, des gastralgies et de la tendance à la somatisation; le fonctionnement dépendant avait également un caractère nettement limitatif. Il était par ailleurs relevé ce qui suit:

"A partir de 1990, elle dit travailler à plein temps. Le matin, elle effectue des nettoyages dans trois discothèques. Elle s'y rend du

lundi au vendredi, et y travaille seule, de 5h à 9h dans la première, dans la seconde de 9h30 à 11h et dans la troisième de 11h à 12h ou 12h30. Elle est conduite au travail en voiture par son époux. Elle travaille également le samedi et le dimanche avec l'aide de son époux.

Dès avril 1990, le couple assume une conciergerie pour un immeuble d'une cinquantaine d'appartements, l'époux exécutant les travaux extérieurs et l'assurée les nettoyages. Elle dit effectuer environ quatre heures de travail par semaine.

Elle cesse les nettoyages dans les discothèques après deux ou trois ans (1992-1993) en raison d'attaques de panique." (...)

"En cas d'amélioration de l'état de santé, l'expertisée est intéressée par un emploi ne nécessitant pas un grand déplacement depuis son domicile. Elle ne se juge pas en mesure d'assumer une telle activité actuellement. Elle estime qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps." (...)

Le SMR a estimé dans un nouvel avis du 22 mai 2006 que les conclusions de l'expertise du Dr N._____ ne pouvaient être suivies, dans la mesure où les diagnostics retenus, respectivement la description que faisait ce praticien de leur gravité, ne permettaient pas de justifier une incapacité de travail de 70 %; en outre, les attaques de panique alléguées par l'assurée n'étaient pas été objectivées, et n'avaient occasionné, selon les pièces versées au dossier, qu'une seule hospitalisation, contrairement à ce qu'avait indiqué le Dr N._____. Il a dès lors proposé la mise en œuvre d'un nouvel examen psychiatrique par le SMR.

Cet examen a été réalisé le 6 juillet 2006 par le Dr Q._____, psychiatre FMH au SMR. Dans le rapport y relatif, établi le 3 octobre 2006, sont posés comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée les diagnostics d'agoraphobie avec troubles paniques, avec plus de 4 attaques de panique par semaine en l'espace de 4 semaines (F40.1), ainsi que de trouble de la personnalité dépendante (F60.7); les diagnostics de dépendance aux benzodiazépines, sous forme de Temesta® (antérieurement sous forme de Xanax®) (F13.2) et de déficit cognitif persistant dû à la consommation permanente de surdose de Temesta® (F13.74) étaient réputés sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr Q._____ précisant à cet égard que l'abus de médicaments en tant que tel n'entraîne pas dans le champ d'application de l'assurance-invalidité, et qu'il était exigible de l'intéressée qu'elle fasse un effort et améliore son traitement en diminuant sa consommation de médicaments.

Concernant le diagnostic de dépression majeure posé par le Dr N._____, il était relevé que ce praticien avait utilisé, pour la caractérisation qualitative et quantitative de la dépression, l'échelle de Hamilton, et non l'algorithme diagnostique précis et obligatoire de la CIM-10; en outre, aucun épisode dépressif n'avait été observé en dehors de la dépendance - continue - aux benzodiazépines, de sorte qu'il n'était pas possible de vérifier la présence d'un état dépressif indépendant de l'intoxication permanente due à ces médicaments, ce qui excluait le diagnostic de dépression majeure selon la CIM-10. La capacité de travail de l'intéressée était estimée à 50 % dans n'importe quelle activité, depuis 1995 (en référence à l'appréciation de la Dresse L._____.). Le Dr Q._____ relevait en outre ce qui suit:

"Nous nous trouvons en face d'une assurée qui à partir de l'année 1992 souffre d'une agoraphobie avec attaques de panique d'une gravité moyenne à importante. Selon le dossier mis à notre disposition, ainsi que selon l'examen chez nous, l'assurée nécessitait déjà à l'époque d'être accompagnée si elle se rendait en dehors de son appartement et c'était son mari ou une sœur qui l'amenait au travail, pas pour raison de distance, mais pour raison de son agoraphobie. Dans ce contexte, elle travaillait au début à environ 50 % et il est crédible que ce n'était pas de son libre choix, mais pour raison de son agoraphobie."

Par projet de décision du 17 octobre 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente présentée par l'assurée. Il a retenu que, compte tenu de sa capacité de travail exigible à 50 % et de son statut d'active au même taux, son degré d'invalidité dans la part active était nul; son taux d'invalidité total s'élevait en conséquence à 26.50 %, correspondant à son degré d'invalidité dans la part ménagère.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 2 novembre 2006, alléguant que son état de santé s'était aggravé, et requérant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise; était annexée une attestation établie le 31 octobre 2006 par la Dresse L._____, dont il résulte que son état psychique était très fluctuant depuis juin 2004, avec une péjoration depuis plusieurs mois. Représentée par l'avocat Olivier Subilia, l'intéressée a complété son opposition par écriture du 17 novembre 2006, faisant valoir en substance qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % et non

à 50 %, d'une part, que le calcul de son taux d'invalidité auquel avait procédé l'office était "entaché d'une grossière erreur", d'autre part. Elle concluait à son droit à l'octroi d'une demi-rente.

Par décision du 8 janvier 2008, l'office a confirmé son projet de décision du 17 octobre 2006, dans le sens du rejet de la demande de rente déposée par l'assurée. Par courrier adressé au conseil de l'intéressée le même jour, il a indiqué que le statut de 50 % active et 50 % ménagère correspondait aux déclarations de l'assurée lors de l'enquête économique sur le ménage, ainsi qu'à sa réponse au courrier du 18 juin 2004; au demeurant, le statut de 100 % active ne pouvait être retenu, dès lors qu'il ressortait de l'ensemble des pièces versées au dossier qu'elle n'avait jamais travaillé à ce taux. Quant au calcul du degré d'invalidité, il était conforme aux dispositions légales et à la jurisprudence, étant relevé à cet égard ce qui suit:

"Dans la mesure où en bonne santé, Madame B._____ aurait travaillé à 50 % et qu'il ressort des pièces médicales au dossier qu'elle est en mesure de travailler à un tel taux, aucun préjudice ne peut par conséquent être pris en considération pour la part active."

B. B._____, représentée par l'avocat Olivier Subilia, a formé recours contre cette décision par acte du 11 février 2008, concluant à son annulation avec pour suite, principalement, l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, l'octroi d'une rente "fixée à dires de justice". Elle a fait valoir que l'expertise réalisée par le Dr N._____ répondait à tous les réquisits posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante, et que l'office n'en avait ordonné une seconde, au demeurant beaucoup moins détaillée, qu'afin de justifier un taux d'invalidité plus faible; il n'y avait dès lors aucune raison de s'écarter du taux de 70 % à 80 % initialement retenu par un expert mandaté par l'OAI. En outre, il était à sons sens arbitraire de considérer qu'elle avait un statut de 50 % active et 50 % ménagère, alors qu'elle avait notamment indiqué dans le formulaire *ad hoc* complété le 22 avril 2004 qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 %; au surplus, l'application de la méthode mixte n'était pas adaptée dans le cas d'espèce, dès lors qu'elle n'avait plus exercé d'activité lucrative depuis 13 ans d'une part, que son dernier

taux d'activité avait été fixé à 50 % pour des raisons médicales, et non de son propre choix, ainsi que l'avait relevé le Dr Q._____, d'autre part. Enfin, l'assurée a soutenu que l'office avait procédé à une mauvaise interprétation de l'application de la méthode mixte, en ce sens qu'il aurait dû aboutir à un degré d'invalidité de 25 % dans la part active de 50 %, compte tenu d'une incapacité de travail de 50 % (50 % x 50 %), partant à un taux d'invalidité total de 51.5 % (25 % + 25.5 %); elle avait ainsi droit, à tout le moins, à l'octroi d'une demi-rente. Il était encore relevé que, dans la mesure où il était constant que la seule activité exigible de sa part était celle de femme de ménage – son activité professionnelle supposée n'étant ainsi pas différente de son activité ménagère réputée non salariée –, la décision attaquée revenait à affirmer qu'elle pourrait exercer une activité de femme de ménage chez des tiers pendant le temps où elle était obligée de laisser son propre ménage parce qu'elle était médicalement incapable de l'effectuer davantage, ce qui n'avait aucun sens.

Dans sa réponse du 4 avril 2008, l'OAI a relevé que le SMR avait ordonné la mise en œuvre d'un nouvel examen en raison des contradictions contenues dans le rapport établi par le Dr N._____. Quant au diagnostic de dépression majeure posé par ce dernier, le Dr Q._____ avait exposé de façon détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles il n'avait pas été retenu. Pour le reste, les diagnostics posés par les deux praticiens consultés et leurs constatations objectives étaient globalement superposables, seule différant l'interprétation de l'influence des atteintes en cause sur la capacité de travail de l'assurée; l'appréciation résultant de l'examen du SMR permettait d'apporter une explication satisfaisante aux contradictions relevées dans les conclusions de l'expertise du Dr N._____. Par ailleurs, tout un faisceau d'indices au dossier permettait d'admettre, au degré de vraisemblance prépondérante, qu'en bonne santé, l'intéressée aurait travaillé à 50 %: l'office se référait notamment à cet égard aux indications de l'enquête économique sur le ménage, aux réponses de l'assurée à son courrier du 18 juin 2004, ainsi qu'au fait que, à teneur de l'extrait de son compte individuel AVS, elle n'avait jamais travaillé à 100 pour-cent. Quant à l'application de la méthode mixte, l'OAI maintenait que l'intéressée ne subissait aucune incapacité de gain dans la

part active, dès lors que sa capacité de travail résiduelle était égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé. L'office proposait en conséquence le rejet du recours.

L'assurée a répliqué par écriture du 14 mai 2008, contestant que les conclusions de l'expertise du Dr N._____ contiennent des contradictions. Elle a en outre réaffirmé qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100 %, compte tenu de la situation financière précaire de son ménage et du fait qu'elle pouvait compter sur son époux pour l'aider dans le cadre des tâches ménagères et de l'éducation des enfants. Enfin, elle a réitéré ses griefs à l'égard de l'application de la méthode mixte à laquelle avait procédé l'office. Elle a dès lors confirmé les conclusions de son acte de recours.

Dans sa duplique du 4 juin 2008, l'OAI a estimé que les arguments développés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 et 38 al. 3 LPGA [loi fédérale du 6 octobre sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux en l'espèce le degré d'invalidité présenté par la recourante, partant son droit à l'octroi d'une rente.

3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

b) Pour apprécier le degré d'invalidité d'un assuré, il convient en premier lieu de déterminer la méthode d'évaluation applicable. Selon l'art. 28a LAI – qui reprend en substance les al. 2, 2bis et 2ter de l'ancien art. 28 LAI, dans sa teneur avant l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2008, de la 5^{ème} révision de la LAI –, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1, 1^{ère} phrase). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce notamment une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA; s'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3).

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, respectivement le taux d'invalidité dans sa part active (ATF 9C_97/2008 du 28 août 2008, consid. 5.1), le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité. Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, il y a lieu de déterminer, une fois connue l'appréciation de l'exigibilité d'après les données médicales, les activités entrant en considération malgré les limitations dues aux atteintes à la santé, respectivement d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore obtenir en exerçant une telle activité.

Pour évaluer l'invalidité d'un assuré découlant de son incapacité à accomplir ses travaux habituels, il y a lieu d'établir un catalogue des activités qu'il exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'il exercerait sans elle; on le compare ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut raisonnablement exiger de l'intéressé malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Dans le cas des assurés qui s'occupent du ménage, on utilise toujours un questionnaire spécial ("enquête ménagère"; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité [CIIAI] de l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], ch. 3081, 3084 ss; ATF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.1).

Dans l'hypothèse de l'art. 28a al. 3 LAI ("méthode mixte"), il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité lucrative et la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité pour l'évaluation de l'invalidité dans le domaine de l'activité ménagère. L'invalidité totale de la personne assurée résulte de l'addition des taux

d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ch. 3099 CIIAI et la référence).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à dispositions permettent de trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références).

4. En l'espèce, la recourante fait valoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps, de sorte que c'est à tort que l'intimé a retenu qu'elle avait un statut mi-active mi-ménagère, et, partant, évalué son degré d'invalidité par le biais de la méthode mixte. Elle soutient en outre, en se référant à l'appréciation du Dr N._____, que son incapacité de travail s'élève à au moins 70 %; enfin, elle conteste l'application de la méthode mixte à laquelle a procédé l'intimé.

a) S'agissant de déterminer le statut de l'intéressée, les pièces versées au dossier sont contradictoires; ainsi, il résulte de l'enquête économique sur le ménage du 2 décembre 2004 que la recourante a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 %, alors qu'elle avait indiqué un taux de 100 % dans le questionnaire *ad hoc* complété le 22 avril 2004.

Cela étant, l'intimé a estimé que tout un "faisceau d'indices" obligeait à retenir, au degré de vraisemblance prépondérante, un statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, se référant notamment au fait qu'il résultait de l'extrait de son compte individuel AVS qu'elle n'avait

jamais travaillé à plein temps. Cet argument ne résiste pas à l'examen: en effet, on peut douter que l'extrait en cause rende compte de l'ensemble des activités exercées par la recourante, les Drs N._____ et Q._____ relevant à cet égard qu'elle aurait, selon ses dires, travaillé "à *plein temps*", respectivement "environ 40 heures par semaine", à tout le moins en 1990-1991 (nettoyage de 3 discothèques, activité de conciergerie). En outre, ces deux praticiens précisent que la diminution de son taux d'activité dès 1992-1993 est due non à son propre choix, mais "pour raison de son agoraphobie" (rapport du Dr Q._____, p. 4), respectivement "en raison d'attaques de panique" (rapport du Dr N._____, p. 5). De même, le fait que l'intéressée ait remplacé le taux de "100 %" par "50 %" dans le courrier que lui a adressé l'OAI le 18 juin 2004, et indiqué "Je m'occupe de mes enfants", ne saurait être en soi déterminant, faute de clarté, d'une part, compte tenu du fait que ce motif ne saurait porter que sur une période limitée, d'autre part.

Dans ces conditions, force est de constater qu'il n'est pas possible de déterminer le statut de la recourante, de sorte qu'un complément d'instruction est nécessaire sur ce point.

b) Concernant la capacité de travail résiduelle présentée par la recourante, l'intimé a retenu le taux de 50 %, en se fondant sur les conclusions du Dr Q._____; celui-ci s'est écarté de l'appréciation antérieure du Dr N._____ - lequel avait retenu une capacité de travail ne dépassant pas 20 à 30 % -, relevant notamment que le diagnostic posé par ce praticien de trouble dépressif majeur, d'intensité actuelle mineure, n'existait pas dans la classification de la CIM-10, d'une part, qu'il était impossible de vérifier la présence d'un épisode dépressif "en dehors de la dépendance aux benzodiazépines", qui était continue, ce qui excluait le diagnostic de dépression majeure selon la CIM-10, d'autre part. Le Dr Q._____ a par ailleurs estimé que le taux d'incapacité de travail retenu par le Dr N._____ ne tenait pas compte du fait que la dépendance aux benzodiazépines ne relevait pas d'un facteur invalidant au sens de l'assurance-invalidité, dans la mesure où il était exigible de la part de l'intéressée qu'elle en diminue sa consommation.

Pour sa part, la cour de céans ne retient pas qu'il y ait lieu, en termes de valeur probante, de préférer aux conclusions du Dr N._____, celles du Dr Q._____, respectivement que l'appréciation de ce dernier praticien permet de s'écarter sans autre motif de celle de son confrère N._____. En effet, ce dernier s'est également prononcé sur la possibilité d'une amélioration de la capacité de travail de la recourante par le biais d'une réduction de la médication anxiolytique, relevant à cet égard ce qui suit: "Le maintien du traitement antidépresseur et du suivi psychiatrique est indiqué. Un traitement antidépresseur moins stimulant que la Fluoxétine (p. ex. Cipralex 20 mg) pourrait s'avérer bénéfique. Dans la mesure du possible, une réduction de la médication anxiolytique pourrait être envisagée, afin de diminuer les troubles cognitifs de l'assurée. L'indication du traitement neuroleptique est à réévaluer, compte tenu de la prise de poids et de l'absence de manifestations psychotiques" (rapport du 28 avril 2006, p. 19). Ce praticien estime néanmoins que le pronostic concernant la récupération d'une capacité de travail de plus de 30 % est défavorable, compte tenu notamment du caractère chronique de l'atteinte présentée par l'intéressée, de la gravité de son trouble de la personnalité, décompensé, ainsi que de ses "fortes limitations de déplacement" (p. 17); aucun élément objectif n'oblige au demeurant à préférer la conclusion du Dr Q._____, selon laquelle il est purement et simplement exigible de la part de la recourante qu'elle diminue sa consommation de benzodiazépines, à celle plus nuancée du Dr N._____. De même, le fait que le diagnostic posé par ce dernier concernant le trouble dépressif ne correspondrait pas à la classification de la CIM-10 ne permet pas en tant que tel de remettre en cause son appréciation quant à la capacité de travail résiduelle de l'intéressée, pas plus que le fait qu'il ait fait usage dans ce cadre du test de Hamilton (auquel la jurisprudence fédérale n'hésite pas à se référer; cf. ATF I 576/00 du 22 janvier 2001, consid. 3d; ATF I 21/06 du 6 février 2007, consid. 3.2).

En conséquence, il y a lieu de constater que les pièces médicales au dossier, singulièrement les avis divergents des Drs N._____ et Q._____, ne permettent pas de se prononcer sur la

capacité de travail résiduelle de la recourante; un complément d'instruction est également nécessaire sur ce point. Le recours doit donc être admis pour constatation incomplète des faits pertinents.

c) Compte tenu de ce qui précède et dès lors qu'il appartient au premier chef aux offices de l'assurance-invalidité d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA, art. 57 al. 1 let. f LAI), il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il en complète l'instruction, quant au statut de la recourante en tant qu'active, respectivement en tant que ménagère, d'une part, quant à sa capacité de travail résiduelle d'autre part. Il n'est dès lors point nécessaire de se prononcer sur le grief de l'intéressée concernant l'application de la méthode mixte à laquelle a procédé l'OAI.

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier de la cause à l'intimé afin qu'il procède aux mesures d'instruction complémentaires propres à établir le statut de la recourante d'une part, sa capacité de travail résiduelle d'autre part.

6. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de 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. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, directement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de dite loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les OAI (art 54 ss LAI).

Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être

déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est annulée.
- III. Le dossier de la cause est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.
- IV. L'intimé versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Olivier Subilia, à 1002 Lausanne (pour B._____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :