

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 septembre 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs  
Greffier : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Etoy, recourante

et

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

---

**Art. 4, 28 et 28a al. 3 LAI; 7, 8 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le 15 février 1956, originaire d'ex-Yougoslavie, est arrivée en Suisse en août 1982. Mariée, elle a quatre enfants majeurs. Dès le 1<sup>er</sup> mars 1989, elle a travaillé au restaurant de l'entreprise Y. \_\_\_\_\_ en qualité de caissière à un taux de 60 %.

Le rapport d'hospitalisation établi le 21 juillet 2004 par le Dr A. \_\_\_\_\_, médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique de B. \_\_\_\_\_, indique que l'assurée a dû être hospitalisée du 3 juillet au 21 juillet 2004 en raison d'une décompensation maniaque sur un mode psychotique. Il s'agit de la seconde hospitalisation dans cet établissement. Le facteur déclencheur de cette décompensation est lié à un contexte social difficile, à savoir que son époux serait à la charge de l'aide sociale et elle-même en incapacité de travail depuis le mois de novembre 2003. De plus, le fils cadet (privilegié de sa mère) a quitté le foyer familial pour s'installer dans un appartement indépendant dans le même immeuble que ses parents. A son arrivée, la patiente est dans un état d'agitation psychomotrice et une attitude inadéquate. Mutique, elle communique avec des gestes qui ne sont absolument pas compréhensibles, désinhibés; elle est désorganisée. La réponse au traitement médicamenteux est rapide, avec récupération de son fonctionnement psychique habituel dès le lendemain. Contactés, l'époux et les enfants de la patiente confirment les difficultés de la vie quotidienne en ce qui concerne la présence de signes de dépression. L'hypothèse selon laquelle la patiente souffre d'un trouble bi-polaire est confirmée par son médecin traitant, qui avait déjà des soupçons sur ce point lors de la première décompensation au mois d'avril. La patiente rentre à son domicile avec comme projet un suivi régulier auprès de son médecin traitant qui s'engage notamment à assurer sa prise en charge avec la prescription de médicaments psychotropes.

Le 8 septembre 2004, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'évaluation à l'attention

du médecin conseil de l'assureur perte de gain de l'assurée. Il retient notamment ce qui suit :

"(...)

### **Éléments anamnestiques**

(...)

En novembre 2003, elle présente des polyalgies (genoux, nuque, colonne...). Dans le même temps, elle peine à se contrôler, répète des erreurs de caisse, présente des troubles de la mémoire...ce qui mène son médecin traitant, le Dr Z.\_\_\_\_\_, à la placer en incapacité IT (réd. : incapacité de travail) dès le 04 11 03. (...)

Courant juin 2004, elle est hospitalisée durant une semaine à l'hôpital psychiatrique de B.\_\_\_\_\_. Après trois mois de suivi ambulatoire par le Dr A.\_\_\_\_\_, la suite de traitement est transmise à son médecin traitant.

A la mi-août 2004, elle éprouve un blocage partant de la nuque aux jambes. Elle s'alite durant quinze jours.

(...)

### **Diagnostic**

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

(...)

DD (réd. : diagnostic différentiel)

*F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques*

*F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques*

*F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif*

**Taux d'incapacité actuel : 100 %**

**Taux d'incapacité futur : indéterminé**

### **Pronostic**

La reprise professionnelle dépendra de la qualité du suivi psychiatrique qui pourra être institué

(...)

### **Proposition de traitement**

La reprise d'un suivi psychiatrique avec le Dr A.\_\_\_\_\_ de l'hôpital de B.\_\_\_\_\_ s'avère nécessaire. La mise au point du traitement par stabilisateur de l'humeur requiert des connaissances spécifiques, un suivi étroit et maintenu à long terme.

(...)"

Le 28 octobre 2004, l'assurée a déposé une demande AI tendant à l'octroi de mesures de reclassement professionnel et d'une rente.

Il résulte du questionnaire à l'employeur que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait perçu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004 un salaire mensuel brut de 2'203 fr. 80 pour une activité à 60 %.

Dans un rapport médical du 5 décembre 2004, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué comme diagnostics affectant la capacité de travail de l'assurée :

- troubles affectifs bipolaires avec symptômes psychotiques;
- douleurs multiples avec somatisation multiples;
- arthrose des deux genoux;
- obésité.

Ce praticien a précisé que sa patiente présente des rachialgies, des gonalgies et une incapacité à assumer le stress du travail ainsi que les tâches ménagères. Elle est en incapacité totale de travail depuis le 4 novembre 2003. Selon lui, l'activité professionnelle habituelle est encore exigible à 50 %. Un suivi psychothérapeutique ambulatoire est prévu, mais le pronostic est réservé.

Le 31 janvier 2005, Y. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) que l'assurée avait travaillé à 50 % de son taux d'activité contractuel de 60 % du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 14 mai 2004, date depuis laquelle elle est en incapacité totale de travail.

Dans un rapport médical du 23 février 2005, le Dr A. \_\_\_\_\_ indique comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée :

- trouble affectif bipolaire existant depuis le 21 juillet 2004, actuellement en rémission (F31.07).

Le psychiatre expose que l'état de santé de l'assurée est stationnaire, qu'elle a été traitée du 3 juillet 2004 au 15 octobre 2004, date de la dernière consultation. Dans les éléments de la catamnèse, outre le séjour en établissement psychiatrique du 3 au 21 juillet 2004, il mentionne deux autres épisodes de décompensation sur un mode maniaque, dans un lointain passé. Le fonctionnement de la patiente dans le quotidien est

plutôt sur un versant dysthymique, voire dépressif (avec des intercales d'épisodes maniaques). Lors du dernier examen, la patiente s'est plainte de fatigabilité, des difficultés à supporter une surcharge de stress professionnel et d'une problématique douloureuse, vague et généralisée, ainsi que des céphalées. Elle évoque en particulier une fatigue face à l'entretien du logement, du linge, des courses, etc., information qui a été confirmée par son époux et ses enfants. Le psychiatre décrit l'assurée comme une personne d'une tenue vestimentaire et une hygiène correcte. Elle est bien orientée aux quatre modes. Il n'y a pas de troubles du cours ou du contenu de la pensée, ni de symptômes florides de la lignée psychotique. Il précise que l'assurée est stabilisée avec le traitement médicamenteux qui lui a été prescrit à sa sortie d'hôpital et que le pronostic est plutôt favorable, à condition que la patiente poursuive son traitement. Selon le Dr A.\_\_\_\_\_, l'activité habituelle exercée par l'assurée ou une autre activité n'est plus exigible, son incapacité de travail étant de 50 %

Il résulte du rapport d'enquête économique établi le 9 juin 2005 par une collaboratrice de l'OAI que si l'assurée n'a plus repris le travail depuis le 14 mai 2004, elle est toujours employée par Y.\_\_\_\_\_ et touche à ce titre des indemnités journalières. Avant son atteinte à la santé, elle travaillait à 60 % comme caissière chez Y.\_\_\_\_\_ et, en parallèle, 3 heures par semaine comme femme de ménage chez un particulier. Elle aime son travail et garde l'espoir de le reprendre, mais a été informée que, si elle ne réintègre pas son poste d'ici novembre 2005, elle sera licenciée. En raison de son état dépressif, c'est l'époux de l'assurée qui aide, voire supplée celle-ci dans toutes les activités ménagères. L'époux ne touche plus d'indemnités de chômage est à la charge de l'aide sociale. Le rapport indique pour l'assurée un taux d'activité professionnelle de 67,5 % et un taux d'activité ménagère de 32,5 %; l'importance des empêchements dans l'activité ménagère est estimée à 42,70 %.

En réponse à l'OAI qui lui demandait d'éclaircir la question de la capacité de travail de l'assurée, puisqu'il avait indiqué dans son rapport

médical du 23 février 2005 que ni l'activité habituelle ni une autre activité professionnelles n'étaient plus exigibles tout en attestant une incapacité de travail de 50 % seulement, le Dr A.\_\_\_\_\_ a déclaré le 21 octobre 2005 que, de son point de vue, l'activité professionnelle habituelle est encore exigible à un taux de 50 %, dans la mesure où dite activité est à temps partiel. Il explique en outre qu'en dehors des épisodes florides psychotiques, l'assurée fonctionne plus ou moins bien, en mobilisant beaucoup l'entourage lorsque cela ne va pas, mais qu'elle garde une capacité de travail résiduelle, qu'elle peut exploiter à son avantage.

Dans un avis médical du 21 octobre 2005, le Dr H.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) relève que l'assurée présente un trouble bipolaire pour lequel elle a dû être hospitalisée à deux reprises lors de phases de décompensation. Sous traitement de thymorégulateur et d'antidépresseurs, elle est considérée comme en rémission selon le rapport médical du Dr A.\_\_\_\_\_ du 23 février 2005. Celui-ci évalue la capacité de travail à 50 % de son taux d'activité habituel, mais n'est pas certain que l'assurée puisse assumer ce pourcentage. Sur ce point, le Dr H.\_\_\_\_\_ estime qu'il faut se référer au rapport établi le 8 septembre 2004 par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, à l'attention de l'assureur perte de gain, qui estimait alors la possibilité d'une reprise professionnelle dépendante du suivi psychiatrique institué. Selon le SMR, au vu de la pathologie psychiatrique, des mesures de reclassement professionnel ne sont pas indiquées.

Par projet de décision du 20 juin 2006, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2004. Estimant que la capacité de travail exigible de l'assurée est de 50 % du taux d'activité habituel dans les activités professionnelles exercées précédemment (caissière pour Y.\_\_\_\_\_ à 60 % et femme de ménage à raison de 3 heures par semaine", l'OAI a procédé à la comparaison du revenu sans invalidité (30'349 fr. 40 au total) avec le revenu d'invalidité (15'174 fr. 70), qui aboutit à une perte de gain de 50 %. L'activité professionnelle représentant 67,50 % et l'activité ménagère 32,50 % et l'empêchement étant de 50 % pour l'activité professionnelle et de 42,70 %

pour l'activité ménagère, le degré d'invalidité est de 33,75 % en ce qui concerne l'activité professionnelle et de 13,87 % en ce qui concerne l'activité ménagère, soit un degré d'invalidité de 47,62 %, arrondi à 48 %.

Ayant contesté le projet de décision précité, l'assurée a été convoquée pour un entretien le 13 juillet 2006. Il ressort du procès-verbal d'audition que l'assurée n'est pas d'accord avec une exigibilité de 50 % dans l'activité professionnelle habituelle et de 42,70 % dans l'activité ménagère. Elle indique en outre devoir retourner consulter le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, pour ses problèmes d'apnée du sommeil. A cet égard, elle produit une copie du courrier que le Dr N.\_\_\_\_\_ du Centre K.\_\_\_\_\_ de médecine du sommeil a adressé le 3 mai 2006 au Dr T.\_\_\_\_\_ qui confirme qu'elle présente un syndrome d'apnées obstructives du sommeil relativement sévère pour lequel un traitement doit être entrepris.

Le 2 août 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OAI en ces termes :

"(...)

Madame Q.\_\_\_\_\_ présente un syndrome somatoforme douloureux chronique avec tout le cortège de symptômes qui l'accompagne (fatigue, troubles du sommeil et de la concentration, état dépressif). Le diagnostic a été posé par de nombreux confrères spécialisés en rhumatologie, psychiatrie et neurologie. Cet état physique présente une importante répercussion sur sa capacité de travail même avec un effort de volonté raisonnablement exigible. En plus de cet état physique, il existe une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée.

Vu la durée des troubles et leur constance, il n'existe pas d'exagération des symptômes. Ceci étant dit, auriez-vous l'amabilité de reprendre ce dossier et de réévaluer son degré d'invalidité ?

(...)"

Le 18 août 2006, l'assurée a confirmé contester le degré d'invalidité retenu par l'OAI, estimant celui-ci supérieur en raison des diverses pathologies qu'elle présente, notamment au niveau psychiatrique. Elle a produit une copie du courrier du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en réadaptation physique et

médecin-chef du Centre médical de V.\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2006 qui indique suivre cette patiente depuis le 6 mars 2004. Comme diagnostics, ce spécialiste retient un trouble somatoforme douloureux chronique, des gonalgies bilatérales sur probable arthrose fémoro-patellaire et des cervico-scapulalgies. Une capacité de travail de 50 % pourrait être reconnue à l'assurée d'un point de vue purement orthopédique, mais, de l'avis de ce spécialiste, la problématique siège toutefois principalement sur le plan psychique.

Le 13 novembre 2006, l'assurée s'est adressée à l'OAI notamment en ces termes :

"(...)

L'enquête économique sur le ménage datée du 9 juin 2005 évalue ma capacité à entreprendre les différents travaux en tenant compte de manière prépondérante de la présence de mon époux. Je conteste cette manière d'évaluer. Elle doit rapporter ma capacité à entreprendre les travaux sans tenir compte de l'aide de mon mari qui est liée à nos circonstances de vie actuelle. (...)

Dans le rapport daté du 5 décembre 2005, le Dr Z.\_\_\_\_\_ estime ma diminution de rendement à 50 % d'un point de vue uniquement rhumatologique (...). Au niveau psychiatrique, aucune évaluation n'a été faite. Le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 septembre 2004 ne se prononce pas sur ma capacité de travail future. Quant au Dr A.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 février 2005, il renvoie la question au Dr Z.\_\_\_\_\_ qui, comme signalé ci-dessus, n'a pas évalué ma capacité de travail du point de vue psychiatrique, mais uniquement rhumatologique.

(...)

Je vous informe que j'ai été hospitalisée entre le 2 et le 5 octobre 2006 à l'Hôpital psychiatrique de B.\_\_\_\_\_. (...)

En conclusion, je vous demande de bien vouloir revoir l'évaluation de mes capacités en ce qui concerne le ménage et déterminer ma capacité de travail en fonction de mes atteintes à la santé d'un point de vue psychiatrique.

(...)"

Dans un "avis médical sur opposition" du 6 février 2007, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR relève notamment ce qui suit :

"(...)

L'assurée produit des pièces supplémentaires :

- un rapport de l'enregistrement polysomnographique du 3.5.2006 démontrant un syndrome d'apnée obstructive du sommeil relativement sévère dans le contexte d'une obésité. S'il peut entretenir l'état dépressif, des mesures médicales doivent être envisagées (...) et sont susceptibles de corriger notamment la fatigue, les troubles du sommeil et en partie la dépression. L'évaluation de la fatigue et de la dépression a été prise en compte lors de l'établissement du rapport SMR et la mise en avant du syndrome d'apnée du sommeil ne peut en fait que nous inciter à demander un rapport au pneumologue à une année lors de la révision prévue, pas de le considérer comme un fait nouveau sur le plan de la modification de la CT (réd. : capacité de travail) autrement que comme un vecteur d'amélioration.
- Le Dr Z.\_\_\_\_\_, MT (réd. : médecin traitant) somaticien, dans un bref rapport du 2.8.2006 avance le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, (...). Si ce diagnostic est avancé par le Dr R.\_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique à V.\_\_\_\_\_, aucun psychiatre ni neurologue n'a posé le diagnostic dans les documents que nous avons à disposition. Le MT maintient l'IT à 100%.
- Le rapport d'hospitalisation en clinique psychiatrique du 18.10.2006 fait état d'une décompensation dépressive en raison de la mauvaise observance médicamenteuse.

En conséquence, notre argumentation pour ne pas voir un fait nouveau est la suivante :

- le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est un diagnostic psychiatrique qui doit être posé par un médecin psychiatre en l'absence de douleur mieux explicable par une pathologie somatique. L'examen du Dr R.\_\_\_\_\_ Orthopédie et Réadaptation physique, démontre au status une arthrose fémoro-patellaire, des douleurs à l'analyse segmentaire à l'angulaire à droite, une limitation de l'abduction de l'épaule. Il s'agit d'éléments du status physique indiscutables qui ne peuvent être négligés et qui peuvent être mis en relation avec des douleurs qui jusqu'ici n'ont pas occupé le devant de la scène. (...) Sur la base des pièces présentées on ne peut retenir ce diagnostic.
- Tous les psychiatres traitants (Dr P.\_\_\_\_\_ d'abord puis Dr A.\_\_\_\_\_ et Dr L.\_\_\_\_\_), s'ils ont pu mentionner l'existence de douleurs (...) ne posent pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux vu la faible expression clinique des douleurs et retiennent avant tout le diagnostic de trouble bipolaire.
- Le maintien de l'IT à 100% par le MT somaticien, avec aggravation confirmée par l'hospitalisation en milieu psychiatrique du 2-5.10.2006 pour décompensation dépressive s'explique par le fait que le suivi des patients bipolaires est difficile, doit être effectué par un psychiatre sous peine de mauvaise observance médicamenteuse, ce qui s'est produit... En conséquence,

l'obligation d'un suivi psychiatrique, mesure cadrante, est exigible considérant l'alexithymie de l'assurée.

(...)"

Par courrier du 17 octobre 2008, l'OAI a informé l'assurée de ce qui suit :

"(...) vous contestez l'exigibilité retenue dans la part active et estimez que nous ne devrions pas tenir compte de l'aide de votre mari dans la tenue de votre ménage.

L'obligation de réduire le dommage impose à l'assurée de réorganiser son travail ménager et de requérir l'aide de ses proches dans une mesure convenable. A noter que dans le cadre de la détermination de l'invalidité d'une ménagère, ou d'une personne partiellement occupée à la tenue du ménage, l'aide des membres de la famille à prendre en considération va plus loin que le soutien que l'on pourrait attendre habituellement de ceux-ci en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 130 V 97, etc.).

Les empêchements retenus dans l'enquête ménagère du 9 juin 2005, en tenant compte de l'aide exigible de votre mari, ont donc été fixés en conformité avec la jurisprudence.

Sur le plan médical, les documents médicaux produits dans le cadre de l'audition ont été soumis au Service médical régional qui estime qu'il convient de s'en tenir à l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ qui évalue votre capacité résiduelle de travail à 50% de votre temps de travail en bonne santé. Ce médecin estime en effet que le traitement médicamenteux que vous suivez, traitement parfaitement exigible, permet une telle capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons notre position. Vous recevrez prochainement une décision d'octroi d'un quart de rente contre laquelle il vous sera loisible de recourir.

(...)"

Par décision du 11 novembre 2008, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004 en reprenant les motifs de son projet de décision du 20 juin 2006.

**B.** Par acte du 25 novembre 2008, l'assurée a recouru contre la décision précitée, en faisant valoir qu'elle est en incapacité de travail à 100 % depuis 2003, qu'elle ne peut pas reprendre une activité lucrative et est toujours en traitement médical chez le Dr Z. \_\_\_\_\_ pour des

problèmes d'arthrose et chez le Dr [...] pour des problèmes psychologiques.

Dans sa réponse du 14 mai 2009, l'OAI a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter à la décision querellée, qu'il ne pouvait que confirmer. Il a conclu au rejet du recours.

Par écriture du 13 juillet 2009, la recourante a indiqué qu'elle maintenait son recours.

### **E n d r o i t :**

**1.** 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; [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]). 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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans

le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA). 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). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 francs.

**2. a)** 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).

**b)** En l'espèce, sont litigieuses la question de la capacité de travail résiduelle de la recourante et celle du calcul du degré d'invalidité.

**3.** 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<sup>er</sup> 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.

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, de la 5<sup>e</sup> révision de la LAI n'a pas apporté de modification à cet échelonnement (cf. art. 28 al. 2 LAI).

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 (avant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, il s'agissait de l'art. 28 LAI), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce 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 d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité ("méthode mixte"; 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 que 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 (TF 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1).

Pour évaluer le taux d'invalidité découlant de l'incapacité de l'assuré à accomplir ses travaux habituels, il convient d'établir une liste des activités qu'il exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'il exercerait sans elle, que l'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, le taux d'invalidité est déterminé par le biais d'une enquête réalisée au domicile de l'assuré selon un questionnaire *ad hoc* ("enquête ménagère"; cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], ch. 3081 et 3083 ss; cf. également, à ce propos: TF 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.1; TF I 561/06 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1<sup>er</sup> mai 2006, consid. 6.2 et les références).

**4.** 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; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

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 soient bien motivées.

Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>ème</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

En résumé, 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 précité; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 9C\_113/2008 du 11 novembre 2008 consid. 4.2).

**5. a)** En l'espèce, dès lors que l'appréciation du SMR repose sur les avis médicaux de spécialistes qui ont procédé à un examen attentif des symptômes et des éléments anamnestiques et à une analyse débouchant sur un diagnostic clair et des conclusions convaincantes, la cour de céans considère qu'il a valeur probante et fait siennes ses considérations. Le fait que le médecin traitant de la recourante, le Dr Z.\_\_\_\_\_, ne partage pas l'opinion du SMR quant à la capacité de travail résiduelle de sa patiente, ne suffit pas pour remettre en question l'avis médical du SMR, dès lors que le médecin traitant n'apporte aucun élément médical susceptible de démontrer la justesse de son diagnostic (trouble somatoforme douloureux chronique) et de ses conséquences (incapacité totale de travail).

**b)** L'OAI s'est fondé sur l'avis médical du SMR pour retenir une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle de la recourante (soit d'une part caissière à un taux de 60 %, d'autre part femme de ménage chez un particulier à raison de 3 heures par semaine). La recourante conteste cette appréciation, estimant que son incapacité de travail est entière dans toute activité en raison de son état de santé tant somatique que psychiatrique.

Comme on l'a vu ci-dessus, l'avis médical du SMR sur la capacité de travail résiduelle de la recourante est convaincant. Pour le surplus, la cour relève que, sur le plan somatique, le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et en médecine de réadaptation qui suit la recourante depuis 2004 au Centre médical de V.\_\_\_\_\_, retient une capacité de travail résiduelle de 50 % en raison des troubles orthopédiques (gonalgies bilatérales sur probable arthrose fémoro-patellaire et cervico-scapulalgies) que sa patiente présente (rapport du 18 août 2006). Ce spécialiste a toutefois indiqué que la problématique était, de son point de vue, plutôt de nature psychique.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble affectif bipolaire a été retenu par deux psychiatres, soit le Dr P.\_\_\_\_\_ et le Dr A.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de B.\_\_\_\_\_. Si le premier ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante (rapport du 8 septembre 2004) tout en indiquant que la reprise d'une activité professionnelle dépendrait de la qualité du suivi psychiatrique qui serait institué, le Dr A.\_\_\_\_\_, qui a suivi la recourante durant son hospitalisation en juillet 2004 et les trois mois suivants, a attesté, le 21 octobre 2005, que, de son point de vue, l'activité professionnelle habituelle était exigible à 50 %, dans la mesure où il s'agit d'une activité à temps partiel (60 %) et qu'en dehors des épisodes florides psychotiques, la recourante fonctionne plus ou moins bien. Certes, le Dr Z.\_\_\_\_\_, généraliste et médecin traitant de la recourante, soutient, dans une écriture du 2 août 2006, que sa patiente présente un trouble somatoforme douloureux chronique, que le diagnostic a été posé par de nombreux confrères spécialisés en rhumatologie, psychiatrie et neurologie et que cette affection, mise en lien avec la comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, a une répercussion telle qu'elle rend la recourante totalement incapable de travailler. Dès lors que le trouble somatoforme douloureux chronique relève de la psychiatrie, que les psychiatres qui ont examiné la recourante n'ont pas retenu ce diagnostic et que le médecin traitant n'a pas produit les avis médicaux des confrères spécialistes qu'il évoque dans son courrier, il faut admettre, pour les motifs que développe le SMR (avis médical du Dr H.\_\_\_\_\_ du 6 février

2007), que l'existence d'un tel trouble est très peu probable, eu égard aux troubles orthopédiques que la recourante présente et aux différentes algies dont elle se plaint. Ce dernier point avait d'ailleurs été relevé par le Dr A. \_\_\_\_\_ dans son avis médical du 23 février 2005, qui mentionnait que la recourante s'était plainte, lors de la dernière consultation, d'une problématique douloureuse vague et généralisée.

La brève hospitalisation de la recourante au mois d'octobre 2006 ne saurait être considérée comme remettant en question l'évaluation qui a été faite de sa capacité de travail pour atteinte psychiatrique. D'une part, la recourante n'est restée que 3 jours à l'hôpital, et d'autre part, comme le relève le SMR, la décompensation sur un mode dépressif était dû à la mauvaise observance du traitement médicamenteux, qui, de par sa spécificité, requiert l'intervention d'un psychiatre.

Les autres pathologies alléguées par la recourante, telles que fatigue, céphalées, apnées du sommeil ont été prises en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, dès lors qu'elles apparaissent comme les symptômes des troubles physiques et psychiques que présente la recourante.

Ainsi, il y a lieu de considérer que l'appréciation médicale de la situation par l'OAI (diagnostics retenus comme atteintes invalidantes et évaluation de la capacité de travail) a été effectuée conformément aux exigences légales. Faute d'éléments pertinents nouveaux, elle ne saurait donc être corrigée. Pour le surplus, le calcul du degré d'invalidité tel qu'effectué par l'OAI, qui s'est fondé sur l'enquête économique de ménage, document qui répond aux exigences de la jurisprudence en la matière, et a appliqué la méthode mixte, ne prête pas le flanc à la critique et peut être confirmé. En particulier, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte, dans l'évaluation du pourcentage des empêchements dans l'activité ménagère, de l'aide apportée par l'époux de la recourante aux tâches ménagères. En effet, comme l'a indiqué l'OAI dans son courrier du 17 octobre 2008, la jurisprudence considère que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus

important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504, cons. 4.2).

**6.** En conclusion, la décision attaquée est bien fondée, de sorte que le recours doit être rejeté.

**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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais, par 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe, en compensation de son avance. Enfin, la recourante n'a pas droit à des 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 est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Vaud du 11 novembre 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante Q.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Q. \_\_\_\_\_, à Etoy,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :