

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 mars 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Dind
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

E._____, à Epalinges, recourante, représentée par Me N._____, à
Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1 LAI; art. 8 al. 1 ; art. 16 LPGA

E n f a i t :

A. a) E. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1965, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) le 25 juin 2003 en raison de problèmes oculaires. Cette demande concernait des moyens auxiliaires.

Dans un rapport médical du 17 septembre 2003, la Dresse P. _____, spécialiste FMH en ophtalmologie, a retenu les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'astigmatisme hypermétropique bilatéral, de status après opération de strabisme, d'ésotropie résiduelle de près et de loin, de possible pseudotumeur inflammatoire orbitaire gauche avec exophtalmie bilatérale avec hypertrophie OG Basedow, nécessitant l'octroi de moyens auxiliaires.

Le 15 janvier 2004, le service romand d'informatique pour handicapés de la vue a déposé pour le compte de l'assurée une demande de prise en charge d'un logiciel d'agrandissement d'écran ZoomText.

b) Le 2 mars 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rendu une décision d'octroi de moyen auxiliaire sous la forme d'un logiciel d'agrandissement Zoom Text.

c) Par décision du 4 mars 2004, l'OAI a refusé la prise en charge des frais de lunettes de vue.

B. a) L'assurée a par la suite déposé une nouvelle demande de prestations AI datée du 28 janvier 2008 dans laquelle elle mentionnait une inflammation des muscles oculomoteurs et une atteinte psychologique (peurs, angoisses à l'extérieur).

Par formulaire "531bis" de l'AI, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% par nécessité financière et intérêt personnel.

Il ressort du questionnaire AI complété par l'employeur le 7 février 2008, que le poste de travail de l'assurée était équipé depuis le 1^{er} février 2005 d'un écran Zoom Text .

b) Dans un rapport médical du 26 février 2008, la Dresse X._____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité travail :

1. Status post plusieurs interventions chirurgicales pour strabisme dans l'enfance.
2. Status post traitement d'une pseudo tumeur inflammatoire au niveau des deux yeux prédominant à gauche, corticothérapie à dose dégressive de janvier 2001 à septembre 2002.
3. Problème psychiatrique : état dépressif en réaction avec l'accident du fils, trouble de la personnalité.
4. Epigastralgie récidivante sur maladie de reflux.

Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité travail, il était retenu de l'urticaire et un status post thyroïdite auto-immune en 2004.

Le médecin traitant indiquait que l'état de santé de l'assurée s'aggravait, mais que la capacité de travail pouvait être améliorée par une prise en charge psychothérapeutique et qu'un travail à domicile de secrétaire avec des outils appropriés aux yeux de l'assurée paraissait indiqué. L'évolution des dernières semaines était, selon elle, catastrophique et il n'était pas envisageable que l'assurée retourne prochainement sur sa place de travail. L'activité exercée jusqu'à présent était encore exigible à 50 %, à domicile, moyennant un outil informatique approprié aux problèmes de vue.

Dans un rapport médical du 12 mars 2008, la Dresse P._____, ophtalmologue FMH, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Elle indiquait cependant que les visus corrigés étaient assez bons, mais que le confort visuel était médiocre, malgré les mesures entreprises restées sans succès.

c) Par avis médical du 10 juin 2008, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a estimé qu'il était nécessaire de soumettre l'assurée à un examen psychiatrique.

Cet examen a été pratiqué au SMR le 24 juin 2008 par la Dresse A._____, psychiatre, en présence de la Dresse B._____. Le rapport en résultant, signé également par la Dresse [...], spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a notamment la teneur suivante :

"Diagnostics

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Agoraphobie avec trouble panique, actuellement d'intensité moyenne F40.01

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- Trouble de la personnalité sans répercussion F 60.9
- Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat Z 61.5
- Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles F 44.6
- Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue F 12.25

"Appréciation du cas

Il s'agit d'une assurée âgée de 43 ans, travaillant à 50% comme collaboratrice au service clients auprès d'W._____, en incapacité de travail à 100% depuis le 30.11.2007, attestée par le médecin traitant, la Dresse X._____.

Les diagnostics avancés sont un état dépressif réactionnel à un accident de son fils en août 2004, un trouble de la personnalité, un status post-intervention pour strabisme dans l'enfance et un status post-inflammation orbitaire au niveau des 2 yeux, prédominant à G.

Selon l'ophtalmologue traitant, la Dresse P._____, l'acuité visuelle est intacte, 100% à D et 90% à G. Il apparaît aussi bien, selon l'ophtalmologue, que selon la consultante en orthoptique, que les difficultés rencontrées pour appareiller l'assurée sont inhabituelles.

A noter également que l'assurée a été suivie par le Dr [...], psychiatre au CHUV, qui après 4 entretien[s], lui aurait indiqué de rechercher un autre psychiatre, d'où un important sentiment d'abandon ressenti par l'assurée.

Très fragile psychologiquement, psychorigide, susceptible, avec une affectivité superficielle et labile, un comportement manipulateur, très abandonnique, avec un humeur capricieuse, et instable, et un comportement passif-agressif, l'assurée est toujours mécontente, déçue par autrui qu'elle essaie par tous les moyens de mettre dans une situation d'échec. Elle présente de traits hist[r]ioniques, abandonniques et passifs-agressifs dans le cadre d'un trouble de la personnalité sans précision.

Bien que l'assurée soit très maigre, anamnésiquement, nous n'avons pas de notion d'anorexie.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'agoraphobie, avec trouble panique dans les déplacements en dehors du domicile, caractérisé par la présence de tremblements, de transpiration, sensation de faiblesse, d'instabilité ou de tête vide, de déréalisation avec l'impression que les objets ne sont pas réels, peur de perdre le contrôle, de devenir folle et de s'évanouir, actuellement d'intensité moyenne.

Selon la CIM-10, pour apprécier la sévérité on peut spécifier le degré de l'évitement contenu du contexte culturel spécifique.

En 2007, l'assurée était clouée à domicile; actuellement il y a une certaine amélioration et en tout cas 2x/semaine, elle sort faire ses courses et gère mieux ses angoisses.

Elle présente toujours des attaques de panique à une fréquence de 2x/mois, dans le cadre d'un trouble panique moyen, caractérisé par la présence au moins de 4 attaques de panique en l'espace de 4 semaines.

En conclusion, notre assurée présente une capacité de travail exigible de 0% dans toute activité depuis novembre 2007, date de l'aggravation de son état, et de 50% depuis mai 2008, et objectivée à l'examen clinique au SMR.

Nous avons retenu également le diagnostic d'anesthésie dissociative et atteintes sensorielles (F 44.6), concernant plutôt une perte de l'acuité visuelle, une vision floue, car la cécité est rarement totale dans ces troubles dissociatifs. Quoi qu'il en soit, ce trouble est fluctuant et en dépit des plaintes et la démonstrativité de l'assurée, ses performances motrices sont bien conservées.

Il est souhaitable que l'assurée puisse bénéficier d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Cependant, en raison de la pathologie psychiatrique, aucun traitement ne pourrait être exigé d'elle. Comme son état n'est pas encore stabilisé, une réévaluation de la situation devrait se faire d'ici 6 mois.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques:

Psychorigidité, sentiment de persécution, difficultés à se remettre en question, agoraphobie avec attaques de panique, besoin d'un cadre structurant et rassurant.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Incapacité de travail à 100% depuis le 30.11.2007.

Comment le degré d'incapacité a-t-il évolué depuis lors?

50% depuis mai 2008 et objectivée en juin 2008 à l'examen clinique au SMR

Concernant la capacité de travail exigible?

En conclusion sur le plan psychiatrique, cette assurée fragile psychologiquement présente une capacité de travail exigible de 50% tout au plus dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles psychiatriques.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 50%

Dans une activité adaptée: 50% Depuis le: Mai 2008"

Selon l'avis médical du SMR du 15 juillet 2008, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2008, l'incapacité étant totale du 30 novembre 2007 au 30 avril 2008.

d) Le 8 septembre 2008, une enquête ménagère a été effectuée au domicile de l'assurée. Selon le rapport de l'enquêtrice du 10 septembre 2008, celle-ci ne présentait pas, depuis juillet 2008, d'incapacité sur le plan ménager, alors qu'entre août 2007 et juin 2008, elle avait présenté une incapacité de 40%.

e) Le 7 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi d'une rente invalidité et de mesures d'ordre professionnel.

Le 5 novembre 2008, le conseil de l'assurée a requis de l'OAI une prolongation de délai au 15 décembre suivant pour formuler des observations sur le projet de décision.

Par courrier du 11 novembre 2008, l'Office a accordé une prolongation du délai au 15 décembre 2008 en précisant qu'à cette date et en l'absence de contestation, une décision formelle serait notifiée à l'assurée.

Par courrier du 15 décembre 2008, le conseil de l'assurée a informé l'OAI qu'elle entendait s'opposer formellement au projet de décision. Compte tenu de la surcharge de travail et des fêtes, il requérait une prolongation au 6 janvier 2009 pour faire parvenir ses observations à l'Office.

f) Le 16 décembre 2008, une décision confirmant le refus de toutes prestations AI a été notifiée à l'assurée.

Par courrier du 18 décembre 2008, l'Office a informé ledit conseil que le délai pour être entendu avait été largement respecté depuis

la notification du projet de décision du 7 octobre 2008 et que l'intéressée pouvait toujours recourir auprès du tribunal des assurances. Il était en outre mentionné que comme celle-ci n'avait pas fait élection de domicile à l'étude de son conseil, la décision avait été notifiée directement à son intention.

Dans un courrier du 22 décembre 2008, l'avocate a requis un ultime délai pour formuler des observations sous peine de recourir contre la décision attaquée en invoquant une violation du droit d'être entendu.

Par courrier du 8 janvier 2009, l'OAI a indiqué qu'il estimait avoir respecté le droit d'être entendu de l'assurée.

C. Par acte du 2 février 2009, E. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de l'OAI du 16 décembre 2008. Elle conclut à l'admission du recours, à l'annulation de la décision attaquée, et au renvoi du dossier à l'Office pour que celui-ci lui impartisse un délai de 30 jours au moins pour faire valoir son droit d'être entendu puis rende une nouvelle décision tenant compte des observations formulées. Subsidiairement, la recourante conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle produit également deux rapports médicaux. Le premier daté du 20 janvier 2009 et rédigé par les Drs Z. _____, chef de clinique, et C. _____, médecin assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, indique que l'assurée est suivie à la consultation depuis le 10 novembre 2009 (recte: vraisemblablement depuis le 10 novembre 2008) à raison d'un entretien toutes les deux semaines. Les médecins exposent qu'ils ne peuvent pas se déterminer sur une éventuelle aggravation de la symptomatologie, mais ils retiennent un grave trouble de la personnalité ayant des répercussions sur la vie tant professionnelle que privée de l'intéressée et qui semble justifier, selon eux, une intervention de l'AI. Le second rapport daté du 28 janvier 2009 provient du médecin traitant, lequel confirme en substance l'incapacité de travail depuis le 30 novembre 2007 en raison d'un état dépressif majeur, ainsi que le pronostic défavorable à moyen terme pour une reprise du travail, même à domicile. La recourante fait également valoir que le

rapport du SMR, rédigé par la Dresse A._____ n'aurait pas de valeur probante puisque ce médecin n'était pas au bénéfice d'une autorisation de pratiquer la médecine.

Par réponse du 12 mars 2009, l'Office intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il estime en substance avoir respecté le droit d'être entendu de la recourante en lui octroyant une prolongation d'un mois pour formuler des observations et en attirant son attention sur le fait que passé ce délai, elle recevrait une décision formelle. Il ajoute qu'entre la notification du projet et la décision attaquée, il s'est écoulé deux mois, ce qui permettait largement à celle-ci de faire valoir son droit d'être entendu. Sur le fond, il estime que la situation de l'intéressée a fait l'objet d'une instruction complète sur le plan médical et que l'examen psychiatrique effectué par la Dresse A._____ du SMR a, sous l'angle formel, pleine valeur probante, l'argument de la recourante étant sur ce point dépassé.

E n d r o i t :

1. Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 LPGA par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art 69 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] en dérogation à l'art. 58 LPGA), le présent recours, respectant au surplus les conditions de forme (art. 61 let. b LPGA) est recevable.

2. La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendu en faisait valoir que l'Office intimé n'aurait pas respecté la procédure de préavis de l'art. 73ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201; dans sa teneur au 1^{er} juillet 2006).

a) Le Tribunal fédéral n'a pas tranché la question de savoir si le délai de 30 jours de l'art. 73ter al. 1 RAI pouvait être prolongé (TF 9C_480/2008 du 27 janvier 2009; TF 9C_50/2008 du 8 septembre 2008 qui concernait un arrêt neuchâtelois dans lequel les juges avaient considéré que le délai de préavis ne pouvait pas être prolongé en se fondant sur l'art. 40 al. 1 LPGA qui dispose que les délais légaux ne peuvent être prolongés, ce qui impliquait également selon les juges neuchâtelois les délais prévus par une ordonnance conforme à la loi). Quant à la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), dans sa teneur au 1^{er} janvier 2010, elle prévoit que le délai de 30 jours de l'art. 73ter RAI ne peut être prolongé que dans des cas dûment motivés.

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF I 68/07 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence toutefois, une telle violation est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF I 904/06 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références).

b) En l'espèce, la question de savoir si le délai de l'art. 73ter al. 1 RAI devait être prolongé une nouvelle fois peut rester indéterminée dans la mesure où le droit d'être entendu de la recourante a été respecté. En effet, il s'est écoulé plus de deux mois entre le projet de décision adressé à la recourante et la notification de la décision attaquée; ce délai permettait largement à la recourante d'exercer son droit d'être entendu. En outre, la recourante a pu s'exprimer devant la Cour des assurances sociales, laquelle jouit d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit. Ainsi, la violation du droit d'être entendu - si elle existe - a été valablement réparée devant la Cour de cassation.

Il convient donc d'examiner les griefs de la recourante sur le fond.

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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 (art. 28 al. 2 LAI).

b) 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 (art. 16 LPGA; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348), méthode spécifique (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1 p. 99) et méthode mixte (cf. ATF 130 V 393; 125 V 146). 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 (art. 16 LPGA). 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. 28a al. 3 LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI 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).

c) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008).

5. La recourante soutient que le rapport du SMR du 30 juin 2008, établi suite à l'examen clinique effectué le 24 juin 2008 par la Dresse A._____, psychiatre du SMR, n'a aucune validité formelle au motif que ce médecin ne serait pas titulaire d'une autorisation de pratiquer cantonale. L'argumentation de la recourante est sur ce point erronée car dépassée.

a) Il ressort en effet de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à cette question que la valeur probante affaiblie des rapports médicaux de la Dresse A._____ résultait du fait que celle-ci signait ses rapports en tant que psychiatre FMH, alors qu'elle n'était pas autorisée à utiliser ce titre de spécialiste en l'absence de diplôme fédéral de médecine ou de diplôme étranger reconnu en Suisse, et qu'elle ne pouvait par ailleurs pas exercer l'activité de médecin à titre dépendant faute d'autorisation de pratiquer la médecine à titre dépendant conforme à l'art 76 al. 1^{er} LSP (ATF I 65/07 du 31 août 2007; ATF I 781/06 du 29 octobre 2007). Ainsi et indépendamment des compétences professionnelles propres à ce médecin, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient, selon le Tribunal fédéral, la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration.

b) En l'occurrence et comme le relève l'Office intimé, la Dresse A._____ est titulaire, depuis le 24 novembre 2006, d'une autorisation de pratiquer la médecine à titre dépendant délivrée par le Service de la santé publique du canton de Vaud. Elle a par ailleurs effectué son examen clinique en présence d'un second médecin du SMR, et signé le rapport litigieux en qualité d'ancien chef de clinique adjointe en psychiatrie; celui-ci a également été signé et validé par la Dresse [...], médecin-chef du SMR. Il ne fait ainsi aucun doute que le rapport du SMR du 30 juin 2008 revêt une pleine valeur probante du point de vue formel.

6. Ce grief étant écarté, il convient d'examiner la situation sur le plan médical, étant précisé que la recourante admet qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50 %, selon ses déclarations du 6 février 2008.

a) Sur le plan somatique, il ne paraît guère contestable que l'activité d'employée de commerce exercée par la recourante peut continuer à l'être à un taux de 50 % à condition que celle-ci dispose du matériel nécessaire en raison de sa vue déficiente. La Dresse X._____, médecin traitant, est d'avis en effet que la recourante peut continuer à exercer son activité à 50%, étant précisé que la condition relative au fait

que la recourante ne pourrait travailler qu'à domicile est motivée par des raisons psychiatriques. Quant à la Dresse P._____, spécialiste en ophtalmologie, elle retient, dans son rapport du 12 mars 2008, une acuité visuelle de 100% à droite et de 90% à gauche et ne mentionne aucune incapacité de travail.

b) Sur le plan psychiatrique ensuite, la recourante a fait l'objet d'un examen du SMR. Celui-ci contient une anamnèse fouillée; il mentionne les plaintes de la recourante, se fonde sur la description précise et complète du status psychiatrique. Les conclusions de la Dresse A._____ sont claires, précises, dûment motivées. L'examen clinique du 24 juin 2008 remplit donc tous les critères pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. La psychiatre retient, sur la base de son observation clinique, le diagnostic d'agoraphobie, avec trouble panique dans les déplacements en dehors du domicile, caractérisé par la présence de tremblements, de transpiration, sensation de faiblesse, d'instabilité ou de tête vide, de déréalisation avec l'impression que les objets ne sont pas réels, peur de perdre le contrôle, de devenir folle et de s'évanouir, actuellement d'intensité moyenne. Elle relève qu'en 2007, la recourante était clouée à domicile, mais qu'actuellement il y a une certaine amélioration; la recourante sort en tout cas deux fois par semaine faire ses courses et gère mieux ses angoisses. Elle explique que la recourante présente toujours des attaques de panique à une fréquence de deux fois par mois, dans le cadre d'un trouble panique moyen, caractérisé par la présence au moins de 4 attaques de panique en l'espace de 4 semaines. Elle conclut que la capacité de travail était de 0% dès novembre 2007, date de l'aggravation constatée par le médecin traitant, mais que l'état de santé s'est amélioré en mai 2008, ce qu'elle-même a objectivé lors de son examen clinique du mois de juin 2008, la capacité de travail étant dès cette date de 50%.

S'agissant des nouveaux rapports des médecins traitants rédigés sur demande de la recourante «en vue d'indiquer les raisons pour lesquelles une rente AI devrait lui être octroyée», ils doivent être appréciés avec réserve, compte tenu du lien thérapeutique qui lie le

médecin à son patient (cf. consid. 4c supra), et eu égard à l'orientation litigieuse des questions posées par la recourante. Cela étant, le médecin traitant affirme qu'une reprise de travail n'est pas envisageable à moyen terme sans toutefois faire état d'élément nouveau ou qui aurait été ignoré par la Dresse A. _____ dans son rapport du 30 juin 2008. Quant aux Drs Z. _____ et C. _____, ils admettent qu'il leur est difficile d'évaluer une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante étant donné que la recourante n'est suivie à leur consultation que depuis peu de temps (vraisemblablement depuis novembre 2008) et à raison d'une consultation toutes les deux semaines. Ils mentionnent certes un grave trouble de la personnalité qui leur semble justifier une intervention de l'AI, mais ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail et préavisent uniquement pour une expertise psychiatrique. Or, l'examen clinique du SMR a également mis en évidence un trouble de la personnalité sans précision (F60.9), qui a été évalué sans répercussion sur la capacité de travail; dans la mesure où les médecins du CHUV n'expliquent pas les raisons pour lesquelles ils estiment que ce trouble serait invalidant et où ils ne font pas état d'élément nouveau ou ayant été ignoré par la Dresse A. _____, leur avis ne saurait remettre en question l'appréciation pleinement probante de la psychiatre du SMR, qui doit donc être suivie.

c) Au surplus, la recourante ne conteste pas le taux d'empêchement retenu pour l'activité ménagère, qui est de 40% entre août 2007 et juin 2008, et de 0% dès cette date, suite à l'amélioration de son état de santé.

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

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur

de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 2 février 2009 par E. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente:

La greffière :

Du

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

- Me Lorraine Ruf (pour Mme E. _____)
- 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).

La greffière: