

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Jevean et Gasser, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

S. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,
service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 76 al. 1 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. S._____, née en 1962, a déposé en août 2005 une demande de prestations AI (rente d'invalidité). Elle était alors femme au foyer, depuis 1981 – elle a eu quatre enfants, nés entre 1981 et 1987 –, et elle exerçait depuis 2003 une activité accessoire dans le cadre des devoirs surveillés organisés pour les élèves de la commune [...].

B. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) a rendu une première décision de refus de prestations le 1^{er} février 2007. L'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances. Son recours a été admis par un jugement du [...] 2007 (jugement AI [...] - [...]). La décision attaquée a par conséquent été annulée et le dossier a été renvoyé à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Les considérants 3 et 4 du jugement ont la teneur suivante:

"3. L'OAI a statué sur la demande de rente exclusivement au vu des avis médicaux, procédé que la recourante ne conteste d'ailleurs pas dans son principe. S'agissant d'une assurée ayant presque toujours été inactive et n'ayant travaillé que pour une brève période, à temps partiel de surcroît, il n'y a en effet pas de gains à comparer.

Elle allègue en revanche des troubles psychiques, dont il est constant qu'ils n'ont fait l'objet d'aucune mesure d'instruction de la part de l'OAI. L'instruction judiciaire a établi que le traitement psychiatrique est en cours quasiment sans interruption depuis 1996, soit largement avant la notification de la décision entreprise. Il s'agit donc d'un traitement au long cours, pour des troubles dépressifs paraissant récurrents, demeuré ignoré en procédure administrative. Pour ce qui est de leur gravité, la Dresse H._____ avait, en 2006 déjà, relevé l'existence de tels troubles, dont elle n'a pas exclu, dans son rapport du 20 novembre 2007, qu'ils puissent avoir des effets invalidants. Cette affection, si elle devait être avérée dans une mesure suffisante à partir d'un certain moment, est de nature à entraver l'exercice tant des tâches ménagères que d'une activité lucrative, même dans des mesures différentes. Comme le relève l'intimé, un complément d'instruction est nécessaire.

4. Cela étant, il appartient à l'OAI d'investiguer ces troubles et leurs éventuels effets invalidants subsistant malgré la thérapie lege artis, que ce soit en faisant procéder à un examen psychique dans le cadre du Service médical Régional de l'AI, ou en recueillant l'avis du psychiatre impliqué dans le traitement.

Le dossier doit lui être retourné à cette fin. Au surplus, le status neurologique est établi."

C. L'Office AI a repris l'instruction. Le Service médical régional (ci-après: le SMR) a été chargé de donner un avis sur le plan psychiatrique. Un examen clinique psychiatrique a eu lieu le 23 juin 2008 (par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie). Les conclusions de son rapport du 9 juillet 2008 sont les suivantes:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail: aucun sur le plan psychiatrique

- sans répercussion sur la capacité de travail: dysthymie (F 34.1)

APPRÉCIATION DU CAS

Assurée de 46 ans, ayant déposé une demande AI en date du 19.08.2005, pour laquelle il a été répondu qu'il n'y a pas d'atteinte au sens de la LAI en date du 14.07.2006. Le Tribunal cantonal des assurances, dans son jugement du 11.12.2007, propose de faire procéder à un examen psychiatrique dans le centre du SMR ou d'interroger le psychiatre traitant. Ce dernier, le Dr L._____, psychiatre, qui suit l'assurée depuis le 18.02.2008, dans son rapport d'avril 2008, retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, existant depuis 2004 et une dysthymie existant depuis l'adolescence.

L'examen SMR retrouve une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Le tableau comprend essentiellement une tristesse anamnétique, des ruminations, une fatigabilité. L'examen ne retrouve ni anhédonie, ni troubles de concentration, ni repli sur elle-même, ni perte d'estime, ni anorexie. L'assurée se plaint d'un sommeil perturbé, avec endormissement vers 23 h, réveil entre 03 et 04 h du matin, et période de nouveau sommeil jusque vers 06 h. Ce tableau de dépression chronique de l'humeur est particulier de par sa fluctuation, avec

- à raison de 40% de moments où elle se sent mieux, s'occupe de son chien, jardine, fait du crochet

- et des moments à 60% où elle préfère ne pas sortir, rumine, attend la mort, dit-elle.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée, qui s'occupe de l'ensemble de sa vie domestique.

Il est à noter que ce tableau de dysthymie est évoqué par le psychiatre traitant, dans son rapport d'avril 2008. Nous nous éloignons par contre du diagnostic de trouble dépressif récurrent,

existant depuis 2004, dans la mesure où l'assurée fait état d'un épisode dépressif en 1998, au décours du décès du beau-père, pour lequel elle a consulté un psychiatre, le Dr O._____, pour des entretiens et un traitement psychotrope. Ce traitement a abouti à une amélioration qui a permis l'arrêt des consultations. Nous pouvons considérer qu'il s'agit là d'un épisode dépressif réactionnel bien légitime et n'avons pas d'élément pour justifier une récurrence.

Lors de l'examen SMR, l'assurée n'a pas évoqué d'aggravation nouvelle, simplement des difficultés d'ordre psychosociales avec l'inquiétude qui concerne les incapacités de travail de son mari, qui existent depuis 2004. L'assurée déclare que depuis 1999, moment où elle a interrompu son premier traitement psychiatrique, elle a toujours présenté un tableau de dépression chronique qui cependant ne l'a pas empêchée d'élever ses enfants, de trouver un travail de répétitrice pour les devoirs surveillés à l'école primaire dès 2003, travail qu'elle n'a pas interrompu.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de perturbations de l'environnement psychosocial ni de limitations fonctionnelles psychiatriques.

Nous pouvons donc considérer que l'examen clinique SMR ne met pas en évidence de maladie psychiatrique ayant pour conséquence une atteinte à la capacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles:

aucune sur le plan psychiatrique.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique.

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

Sans objet sur le plan psychiatrique.

Concernant la capacité de travail exigible, dans l'activité habituelle, elle est de 100%, dans une activité adaptée elle est de 100%.

Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle: 100%.

Dans une activité adaptée: 100%.

Depuis: toujours"

Dans un avis médical du 21 juillet 2008 (Dr R._____), le SMR a repris les conclusions du rapport précité et ajouté qu'il n'y avait pas de changement par rapport aux conclusions du rapport SMR de juillet 2006.

Le rapport auquel il est fait référence est un rapport d'examen SMR du 14 juillet 2006 (Dr R._____), dont la teneur est la suivante:

"Problème: parkinsonisme forme modérée 2004

Le Dr G. _____ écrit le 31/10/2005: 'le status est toujours inchangé, c'est-à-dire il y a une symptomatologie extrapyramidale très modeste sous le traitement actuel, simplement une diminution du ballant du bras droit, une minime rigidité du MSD, pas vraiment de bradykinésie, pas de trouble de l'équilibre et de la marche'. Le 6 juillet 2005 le Dr G. _____ écrivait: 'elle n'a plus de syndrome des jambes sans repos'.

Le médecin traitant retient comme diagnostic influençant la capacité de travail un parkinsonisme modéré qui est suivi par le Dr G. _____. En page 2 la case 's'aggrave' est cochée, mais aucune incapacité de travail n'est attestée. Ce médecin estime que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé (ce qui n'est pas l'avis du neurologue) mais n'atteste aucune incapacité de travail.

Ni le médecin traitant, ni le neurologue n'attestent une quelconque incapacité de travail. Le Dr G. _____ écrit 0% d'incapacité de travail en page 1 de son rapport du 31/10/2005.

Les empêchements ménagers annoncés par l'assurée à l'enquêtrice ne sont pas justifiés par le diagnostic de parkinsonisme forme modérée porté par les médecins. Ce point est confirmé par écrit par le Dr G. _____.

Il n'y a pas d'atteinte à la santé au sens de la LAI".

D. D'autres avis médicaux figurent au dossier de l'Office AI.

Son médecin traitant (médecin généraliste), H. _____, à [...], a écrit ce qui suit le 9 septembre 2008 (dans une lettre à Procap):

"En tant que médecin praticien, je n'ai pas les moyens de me positionner quant au Parkinson et la dépression dont souffre S. _____. A ce sujet, veuillez vous référer aux avis des spécialistes Dr M. _____, neurologue à [...], et Dr L. _____, psychiatre à [...].

Cependant, je soigne la patiente depuis 1993, comme généraliste, et je l'ai traitée pour des troubles anxiodépressifs par médicaments antidépresseurs durant environ 10 ans, la maintenant ainsi dans un équilibre resté précaire. Lorsque début 2008, le risque suicidaire devient menaçant, je l'ai référée au Dr L. _____, psychiatre.

De par mon profil professionnel, il me revient d'insister sur l'évaluation globale de la patiente. Son histoire de vie depuis son enfance à ce jour, l'ensemble de ses maladies ainsi que les problèmes de santé de son mari font qu'elle se trouve dans un état d'épuisement et de fatigue chroniques, ne lui permettant plus d'assumer un emploi, même à temps partiel."

La Dresse L. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...], a adressé le 17 avril 2008 à l'Office AI le rapport suivant:

"Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: dysthymie F 34.1 existe depuis la fin de l'adolescence.

Trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen F 33.1 existe depuis 2004.

Maladie de Parkinson existe depuis 2004.

[...]

En 2004, ma patiente tomba malade d'une maladie de Parkinson. La même année, elle devint dépressive et la Dresse H._____ évalua dès lors son incapacité de travail à 50%. Récemment, ma patiente a déménagé à [...] et débuté un suivi chez moi le 18.2.08. Ce suivi fut motivé par la survenue d'idées suicidaire. J'ai gardé la médication psychotrope de la Dresse H._____. Les idées noires se sont maintenant estompées. L'état de ma patiente correspond aux diagnostics évoqués plus haut.

Plaintes subjectives: S._____ se plaint d'un sommeil agité et douloureux, d'états d'angoisse, d'une fatigue chronique. Elle évoque la survenue périodique d'idées suicidaires, elle me parle du regard négatif qu'elle jette sur elle-même et d'un sentiment d'inutilité. Elle dit qu'elle n'arrive à se réjouir de rien et qu'elle a toujours peur de ce qui va arriver.

Constatations objectives: abaissement de l'humeur, états d'angoisse, diminution de l'intérêt et du plaisir, baisse de l'énergie, troubles du sommeil problème d'estime de soi, attitude pessimiste face à l'avenir, périodiquement idées de suicide.

Thérapie: suivi psychiatrique, traitement psychopharmacothérapeutique.

Pronostic: quant à une amélioration de l'état psychique: mauvais, quant à l'avenir de l'incapacité de travail: incapacité de travail de 50% qui risque de perdurer."

La Dresse L._____ a en outre écrit ce qui suit le 13 août 2008 (lettre à Procap):

"Pour ma part je reste sur mes positions, reconnaissant après de nombreux entretiens avec S._____ qu'elle souffre d'un état dépressif entraînant une incapacité de travail de 50%. Lors de mon dernier entretien avec S._____ le 4.08.08, j'en arrivais à la même constatation.

Je précise aussi que la Dresse H._____ a fait la même constatation depuis plusieurs années. J'ajoute enfin que mon évaluation ne tient compte que de la problématique psychiatrique et qu'en raison d'une maladie de Parkinson qui évolue lentement S._____ a, à mon avis, une incapacité de travail de 100%."

Le Dr M._____, spécialiste FMH en neurologie, à [...], à qui le médecin généraliste avait adressé l'assurée, a rédigé plusieurs avis. Dans ses premiers avis (6 juillet 2007, 14 septembre 2007 et 26 février 2008), il mentionne comme diagnostic une "probable maladie de Parkinson". Dans

un avis du 2 décembre 2008, après un "examen complet avec appréciation de la capacité de travail", il a posé les diagnostics suivants: maladie de Parkinson et syndrome des jambes sans repos. Sa conclusion ("discussion") est celle-ci:

"Discussion

Notre patiente présente actuellement un syndrome parkinsonien relativement modéré, attribuable sans doute à une maladie de Parkinson juvénile, dont on peut admettre qu'il est acceptablement stabilisé par le traitement médicamenteux en cours, raison pour laquelle il n'y a pas lieu de le changer et que je l'ai reconduit pour ces prochains 3 mois, date du prochain contrôle: 10.03.2008. Il faut néanmoins préciser qu'une maladie de Parkinson, surtout sa forme juvénile, est une maladie neurologique d'une importance certaine, qu'on ne peut pas espérer, avec les moyens actuels, compenser entièrement, ceci d'autant plus que certains traitements (notamment la l-dopa) ne peuvent en toute règle générale pas être utilisés chez le sujet jeune sous peine de provoquer à moyen terme des effets secondaires (fluctuations de doses, dyskinésies) encore plus handicapants que le traitement lui-même. Dès lors, notamment au vu de la diminution de rendement et de la fatigabilité indiscutable liées à cette maladie, qui en outre est sans aucun doute évolutive, une limitation de la capacité de travail, médico-théorique puisqu'elle n'a aucun emploi actuellement, de 50% est parfaitement justifiable. Cette incapacité vaut également pour ses activités de ménagère ainsi que théoriquement dans sa profession qu'elle était en train d'apprendre (employée de commerce), pour autant notamment qu'elle puisse l'effectuer assise et être mise à jour professionnellement. Je serais cependant très sceptique par rapport aux chances d'un recyclage professionnel vu l'évolutivité de la maladie."

E. L'Office AI a adressé le 23 juillet 2008 à S. _____ un projet de décision, dans le sens d'un refus des prestations de l'AI. Puis, le 12 février 2009, après avoir donné à l'assurée l'occasion de formuler ses objections, l'Office AI lui a envoyé une décision formelle dans le même sens, avec une motivation analogue à savoir: il ressort de l'examen clinique du SMR (examen par un psychiatre le 23 juin 2008) que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante et dispose d'une pleine capacité de travail, l'examen clinique du SMR se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical; il a dès lors pleine valeur probante. La décision précise qu'une lettre du 12 février 2009 [recte: 11 février 2009] en fait partie intégrante; cette lettre, adressée au représentant de l'assurée (Procap), donne quelques explications complémentaires au sujet de l'examen clinique du 23 juin 2008 par le SMR et elle se conclut en ces termes:

"En l'espèce, force est de constater que les médecins traitants de S._____ n'amènent pas d'éléments objectifs susceptibles de mettre en doute l'avis motivé et convaincant du SMR.

Quant à l'aspect somatique, il n'y a objectivement aucune aggravation significative de l'affection neurologique dans la mesure où le Dr M._____ n'atteste aucune incapacité de travail.

En conclusion et au vu de ce qui précède, nous maintenons les termes de notre projet de décision du 23 juillet 2008. Vous trouverez la décision y relative en annexe à la présente qui en fait partie intégrante."

F. Le 13 mars 2009, S._____ (représentée par Procap) a formé devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un recours contre la décision de l'Office AI du 12 février 2009. Elle conclut à l'annulation de cette décision, à ce qu'il soit dit qu'elle a droit à une rente d'invalidité, et au renvoi de la cause à l'Office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Dans sa réponse, l'Office AI s'est simplement référé à sa décision.

E n d r o i t :

1. La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision de l'OAI (cf. art. 56 ss LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1], par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]; 2 al. 1 let. c et 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Le recours a été formé en temps utile et dans le respect des autres exigences en matière de recevabilité. Il y a lieu d'entrer en matière.

2. La recourante se réfère aux différents rapports médicaux figurant au dossier et elle fait valoir que son état s'est aggravé au début de l'année 2008, d'abord sur le plan psychiatrique. Elle critique à ce propos l'appréciation du SMR. Ensuite, sur le plan neurologique (somatique), elle expose que les symptômes de la maladie de Parkinson se

sont aggravés avant que l'Office AI ne rende la décision attaquée. Elle reproche au SMR de n'avoir pas examiné ces problèmes. Elle soutient que le seul élément probant du dossier, à ce propos, est le dernier avis du neurologue Dr M. _____ (rapport du 2 décembre 2008), dont il faut déduire une incapacité de travail d'au moins 50%.

a) La recourante a demandé une rente d'invalidité. Pour déterminer le taux d'invalidité, l'autorité doit en vertu de l'art. 7 LPGA évaluer une incapacité de gain et donc procéder à une comparaison des revenus, avec et sans invalidité. L'art. 16 LPGA dispose ainsi que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide doit être comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui, après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Des preuves médicales sont nécessaires pour apprécier ces éléments (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

b) Dès le début de la procédure administrative, il a été question d'une atteinte somatique sous la forme d'une maladie de Parkinson. Dans son jugement du 11 décembre 2007, le Tribunal des assurances n'a pas traité cette question, se bornant à retenir que le "status neurologique [était] établi" (consid. 4). Cette simple mention du "status neurologique" n'a pas de portée juridique. On ne saurait donc considérer que le caractère invalidant de la maladie de Parkinson a déjà été apprécié et que, dans la nouvelle décision qu'il avait à prendre en vertu du jugement précité, l'Office AI n'avait pas à se prononcer plus avant à ce sujet.

Les rapports et avis du SMR des 9/21 juillet 2008 ne traitent pas du diagnostic neurologique. Le SMR retient que les conclusions du rapport SMR de juillet 2006 (avant le jugement du Tribunal des assurances) seraient encore valables; or, sur le plan neurologique, ce premier rapport mentionne un "parkinsonisme forme modérée" et précise que le neurologue n'atteste pas d'une incapacité de travail.

La situation n'est manifestement plus la même à la date de la décision attaquée (12 février 2009). Le neurologue Dr M._____ a depuis lors précisé son diagnostic en retenant, "au vu de la diminution de rendement et de la fatigabilité indiscutables liées à cette maladie [...] évolutive", une limitation de la capacité de travail de 50% (avis du 2 décembre 2008). Dans ces conditions, l'Office AI ne peut pas affirmer, comme il le fait dans la décision attaquée - plus précisément dans la lettre d'accompagnement qui en fait partie intégrante - qu'il n'y a "objectivement aucune aggravation significative de l'affection neurologique dans la mesure où le Dr M._____ n'atteste aucune incapacité de travail".

Sur ce point, l'Office AI n'a pas constaté les faits pertinents de manière exacte et complète (cf. art. 76 al. 1 let. b LPA-VD, par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). Il est parvenu à une appréciation de la situation médicale, sur le plan neurologique, sans disposer d'éléments suffisamment probants, dès lors qu'il ne peut pas se fonder sur un rapport du SMR - qui n'examine pas la question en fonction de l'évolution de la maladie dans la période précédant directement la décision - et qu'il ignore un avis pourtant non équivoque d'un médecin consulté par l'intermédiaire du médecin traitant.

Cela justifie l'admission des griefs de la recourante à propos de l'appréciation de sa situation de santé sur le plan neurologique.

c) La recourante critique par ailleurs les conclusions auxquelles est parvenu l'Office AI - sur la base des avis du SMR - concernant sa situation sur le plan psychiatrique.

D'après le psychiatre traitant (rapport de la Dresse L._____ du 17 avril 2008), la survenance de l'état dépressif a été mentionnée dans le même contexte temporel que l'apparition des symptômes de cette atteinte neurologique (en 2004). Le lien entre le développement de la maladie de Parkinson et d'éventuelles atteintes psychiques ne peut pas

d'emblée être exclu, de sorte qu'il se justifie d'examiner si l'évolution récente de l'atteinte neurologique (cf. consid. 2b supra) entraîne une aggravation de l'état psychique.

Il convient cependant de rappeler qu'un diagnostic d'atteinte à la santé psychique n'entraîne pas nécessairement une invalidité au sens du droit fédéral. Selon la jurisprudence, l'art. 7 al. 2 LPGA — qui prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable — exprime un principe du droit des assurances sociales quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. En d'autres termes, pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement et raisonnablement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215, consid. 7.2, et les arrêts cités). Dans ces conditions, un trouble psychiatrique diagnostiqué conformément aux règles de l'art n'entraîne pas nécessairement une invalidité justifiant le droit à une rente. La capacité à exercer une activité adaptée dépend plutôt du degré de gravité, donc des répercussions, des atteintes psychiques observées (cf. ATF 130 V 396, consid. 6.2; 127 V 294, consid. 4c).

d) On ne saurait considérer, sur la base des pièces du dossier, que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sous la forme d'une rente, peut déjà être reconnu dans son principe parce qu'il serait établi que le degré d'invalidité est supérieur au seuil de 40% (cf. art. 28 LAI). Au contraire, des mesures d'instruction complémentaire sont nécessaires sur le plan médical pour statuer d'abord sur le principe du droit aux prestations, puis le cas échéant sur leur nature ou leur montant.

La décision attaquée doit donc être annulée (admission de la conclusion 1 du recours) et la cause doit être renvoyée à l'Office AI pour instruction complémentaire - à propos de l'atteinte neurologique et de la situation sur le plan psychiatrique - et nouvelle décision au sens des considérants (admission de la conclusion 3 du recours; cf. consid. 2b, 2c et 2d supra). Il incombera à l'Office AI d'examiner s'il requiert un rapport du SMR (rapport neurologique et rapport d'examen psychiatrique complémentaire) ou s'il met en œuvre une expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGA.

e) Vu l'annulation de la décision attaquée à cause d'une instruction insuffisante sur le plan médical et le renvoi de l'affaire à l'Office AI, il n'y a pas lieu d'examiner à ce stade les griefs de la recourante au sujet de la comparaison des revenus déterminants pour l'évaluation du degré d'invalidité.

3. Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA). La recourante, représentée par une organisation d'aide aux invalides ou aux personnes handicapées, a droit à des dépens, à la charge de l'Office AI (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; cf. ATF 135 V 473 et la jurisprudence citée).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 12 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser à S._____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Procap, service juridique (pour S._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: