

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Bonard, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

R. _____, à Renens, recourante,

et

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

Art. 8 al. 1, 21 al. 4 et 53 al. 3 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) R._____ (ci-après: l'assurée), née en 1973, mariée et mère de quatre enfants, sans formation professionnelle, ressortissante de Serbie-et-Monténégro, en Suisse depuis 1991, au bénéfice d'un permis C, a travaillé dès 2001 au service de différents établissements en tant que serveuse à 100%.

Le 29 février 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une rente. Elle se plaint de lombalgies, d'asthme, d'un état dépressif et fait par ailleurs état d'une prise en charge globale.

b) Procédant à l'instruction du dossier, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a recueilli divers avis médicaux. Le rapport établi le 28 janvier 2008 par la Dresse X._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, à l'attention de la Dresse M._____, spécialiste FMH en médecine interne, a été adressé à l'OAI le 12 mars 2008. Le 11 avril 2008, la Dresse M._____ a adressé à l'OAI un rapport médical. L'OAI a en outre demandé à l'assureur perte de gain production du dossier médical de l'assurée, qui a été versé au dossier de l'AI.

c) Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (SMR) du 25 septembre 2008, le Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, a constaté ce qui suit:

« Assurée de 35 ans, scolarité obligatoire, dit travailler comme serveuse à temps partiels.

Le rapport de la Dresse X._____ est convaincant, les lombalgies chroniques sont susceptibles d'être source de limitations fonctionnelles, bien qu'aucun syndrome radiculaire sensitif ou moteur et qu'aucune altération majeure ostéoarticulaire n'ait pu être mise en évidence. Cependant, l'activité de vendeuse-serveuse en tea-room ne nous apparaît [pas] contraindiquée (...).

Atteintes principales à la santé:

- Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée F 43.21
- Lombalgies chroniques non spécifiques M 54.9

Pour le problème psychique, il n'y a pas de raisons de s'écarter de l'appréciation du Dr Z._____, expertise réalisée à la demande de l'assurance perte de gain Q._____.

Début de l'IT durable: 26 avril 2006

Evolution de l'IT:

100% dès le 26 avril 2006

50% dès mars 2007

0% dès mai 2007

Capacité de travail exigible:

Activité habituelle: 100% dans une activité de serveuse respectant les limitations

Activité adaptée: 100% depuis mai 2007

Limitations fonctionnelles: Pas de port répété de charge de plus de 10 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc. »

d) Faisant suite à un projet d'acceptation de rente du 28 octobre 2008, l'OAI a, par décision du 11 mars 2009, reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 26 avril 2007, cette demi-rente étant supprimée dès le 1^{er} août 2007, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé. La motivation de cette décision est en bref la suivante:

Depuis le 26 avril 2006 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de l'assurée est considérablement restreinte. A l'échéance du délai d'attente, la capacité de travail et de gain était de 50%. Selon une expertise médicale du Dr Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, la capacité de travail et de gain de l'assurée en tant que vendeuse-serveuse est estimée à 100% à partir du 1^{er} mai 2007. L'assurée a donc droit à une demi-rente dès le 26 avril 2007, cette demi-rente étant supprimée dès le 1^{er} août 2007, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé.

B. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 27 avril 2009, en concluant au maintien de la demi-rente d'invalidité au-delà

du 1^{er} août 2007. Elle fait valoir qu'elle souffre de lombalgies chroniques et invoque un rapport médical du 5 septembre 2008 de la Dresse M._____, qui considère que l'activité exercée est encore exigible à 50% seulement. Elle se réfère également à un avis de la Dresse X._____ et déclare que les médecins arrivent au même résultat, à savoir que sa capacité de travail est réduite à 50%. La recourante produit enfin un bref certificat médical du 7 avril 2009 de la Dresse M._____ (adressé à "Me C._____, Dr en droit", à Lausanne), qui récapitule brièvement les atteintes à la santé mais ne se prononce pas sur la capacité de travail. Selon la recourante, il ressortirait clairement de l'appréciation univoque des médecins sur l'évolution de sa maladie que son état de santé n'a subi aucune amélioration qui puisse justifier la suppression totale de la rente dès le 1^{er} août 2007.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 22 juin 2009, l'OAI expose qu'il a soumis les deux nouvelles pièces médicales produites à l'appui du recours au SMR pour appréciation et qu'il se rallie entièrement à l'avis de ce dernier du 10 juin 2009. Dans la mesure où aucun des différents médecins consultés n'a apprécié la capacité de travail de l'assurée au regard de toutes ses atteintes à la santé, l'OAI propose de mettre sur pied une expertise rhumatologique, pneumologique et psychiatrique à confier à un COMAI.

La recourante n'a pas fait usage de la faculté qui lui a été donnée de se déterminer sur la réponse de l'OAI.

c) Le juge instructeur a ordonné une expertise rhumatologique, pneumologique et psychiatrique, qui a été confiée au Centre d'Expertise V._____. Le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 juin 2010 (Dresse H._____, spécialiste FMH en rhumatologie; Dresse B._____, spécialiste FMH en pneumologie; Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie) contient un résumé des pièces du

dossier (p. 3-5), les données et plaintes subjectives de l'assurée (p. 5-8), les données personnelles, familiales et socioprofessionnelles (p. 8-10), les données objectives, comprenant le status pulmonaire, le status ostéoarticulaire, le status psychique, les résultats des examens complémentaires et de l'étude du dossier radiologique (p. 10-12), une synthèse et discussion (p. 12-15) et les réponses aux questions (p. 16-18). Les conclusions finales en sont les suivantes:

« L'activité antérieure de serveuse n'est plus possible pour des raisons d'abord ostéoarticulaires (CT de 0%), secondairement aussi pneumologique et psychique, mais partiellement (CT de 50%).

Une activité adaptée n'est possible actuellement qu'à 50% en raisons des limitations pneumologiques (CT de 50%) et psychiques (CT de 60%).

Des limitations ostéoarticulaires sont également nécessaires, mais dès à présent, la capacité de travail pourrait être complète dans une activité adaptée s'il n'y avait pas les limitations pneumologique et psychique.

Un traitement psychique (psychotrope et suivi régulier) et pneumologique (arrêt de l'exposition à la fumée ou aux toxiques respiratoires) permett[r]ait respectivement une amélioration des troubles psychiques et une réversibilité de l'atteinte pulmonaire.

Une augmentation de la capacité de travail pourrait ainsi être obtenue, il est vraisemblable qu'elle soit à nouveau complète.

Les traitements proposés ne sont pas exceptionnels et sont exigibles.

Vu la fragilité psychique de Madame R._____ et la nécessité de trouver une activité adaptée, des mesures d'aide au placement sont formellement indiquées. »

d) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise, l'OAI produit le 20 août 2010 un avis médical SMR établi le 18 août 2010 par le Dr K._____, sur la base duquel il propose de demander aux experts de répondre à plusieurs questions complémentaires.

La recourante n'a pas fait usage de la faculté qui lui a été donnée de se déterminer sur le rapport d'expertise, ni de celle qui lui a été donnée d'indiquer au Tribunal les questions complémentaires qu'elle souhaiterait le cas échéant poser aux experts. En revanche, elle a produit le 6 septembre 2010 un certificat médical de la Dresse M._____,

attestant qu'elle présente un état de santé toujours aussi médiocre qu'en avril 2008, date du rapport adressé par cette praticienne à l'OAI.

e) Dans un rapport d'expertise complémentaire du 1^{er} décembre 2010, les experts ont répondu comme suit aux questions complémentaires posées par le juge instructeur:

« (Volet pneumologique)

1. Quelles sont les limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte pulmonaire présentée par la recourante qui l'entraveraient dans une activité à plein temps de type sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, utilisant un siège ergonomique avec un changement de position à son gré, soit par exemple dans une activité de type employée d'administration ou de bureau (réceptionniste, téléphoniste), avec horaire régulier réparti sur 5 jours ouvrables, dans une atmosphère tempérée, en absence de toute poussière?

L'atteinte pulmonaire se manifeste avant tout par une perturbation des échanges gazeux. Cette perturbation n'empêche pas une activité adaptée de type employée de bureau, réceptionniste ou téléphoniste avec des horaires réguliers. Les limitations impliquent d'éviter l'exposition au tabagisme passif ou à tout toxique respiratoire. Nous avons écrit dans notre rapport *qu'une réversibilité de l'atteinte pulmonaire peut être obtenue par l'interruption du tabagisme, ce qui permettrait de voir la capacité de travail augmenter.*

Une telle activité est actuellement exigible, elle est possible à 50%, avec une augmentation prévisible en cas de sevrage du tabac.

2. L'arrêt du tabac est-il exigible de la part de la recourante?

L'arrêt du tabagisme est certainement exigible avec la condition d'un protocole strict de sevrage avec suivi et une aide professionnelle adaptée (consultation de tabacologie, substitution nicotinique et éventuelle administration médicamenteuse de type Champix en accord avec le traitement psychiatrique).

(Volet psychiatrique)

3. Le traitement proposé sur le plan psychiatrique (psychotropes et suivi régulier) est-il exigible de la part de la recourante?

Tant les manifestations du trouble dépressif récurrent que le trouble de la personnalité peuvent être atténués par la prise régulière d'un traitement antidépresseur. Comme nous l'avons mentionné en page 15 de notre rapport, ce traitement est exigible. Il en est de même de la prise en charge régulière. Toutefois, nous soulignons que cette prise en charge est difficile notamment en raison de troubles de la personnalité. Nous insistons cependant sur le fait que malgré tout

l'expertisée peut comprendre les enjeux d'une prise en charge régulière, son adhésion au traitement est donc exigible.

4. Après quelle durée de traitement (en mois) la capacité de travail serait-elle à nouveau complète sur le plan psychiatrique?

La mise en place de ces deux mesures peut permettre une amélioration clinique dans un délai de trois mois avec récupération d'une pleine capacité de travail.

Remarques:

Nous avons écrit comme réponse à la question C3.2, concernant une activité adaptée, que *si le traitement est efficace, la capacité de travail devrait à nouveau être complète sans diminution de rendement.*

Il est vraisemblable qu'il faille commencer par une activité à 50% quelques semaines après la mise en place du traitement, et que ce taux soit progressivement augmenté.

En fin de discussion: *Les traitements proposés ne sont pas exceptionnels et sont exigibles.*

Ces conclusions restent valables, avec un traitement psychiatrique, le sevrage du tabac et le respect des limitations, la capacité de travail pourrait être considérée complète dans une activité adaptée dans un délai de trois mois. »

f) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire, l'OAI estime le 9 février 2011 qu'il ressort en définitive de l'expertise judiciaire que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle de serveuse est nulle depuis avril 2006 et que sa capacité de travail dans une activité adaptée est de 50% depuis mai 2007. En outre, les experts estiment que la capacité de travail dans une activité adaptée pourrait être totale s'il n'y avait pas les limitations pneumologiques (50%) et psychiques (40%); ils ajoutent qu'un traitement psychique (psychotropes et suivi régulier) et pneumologique (arrêt de l'exposition à la fumée ou aux toxiques respiratoires) permettrait respectivement une amélioration des troubles psychiques et une réversibilité de l'atteinte pulmonaire, conduisant dans un délai de trois mois à une pleine capacité de travail. Cela dit, l'OAI relève que selon la jurisprudence, les toxicomanies, telles que le tabagisme, ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail; elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une

invalidité, ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif. En l'espèce, l'atteinte pneumologique, entraînant une baisse de la capacité de travail de 50%, est la conséquence du tabagisme de l'assurée. Ce tabagisme est manifestement primaire et n'est pas à l'origine d'une atteinte durable, vu qu'une abstinence exigible conduirait à une disparition totale des symptômes dans un délai de trois mois. Il ne reste ainsi que l'atteinte psychique à prendre en considération. Celle-ci entraîne une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée, mais est également susceptible de s'améliorer dans un délai de trois mois jusqu'à pleine récupération de la capacité de travail. L'OAI propose par conséquent l'admission partielle du recours en ce sens que le droit à une demi-rente est maintenu d'avril à fin juillet 2007, que le dossier est renvoyé à l'OAI afin que celui-ci somme l'assurée de se soumettre à un traitement psychiatrique par la prise d'antidépresseurs, considéré par les experts comme étant raisonnablement exigible, puis rende une nouvelle décision portant sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 2007, après instruction complémentaire.

La recourante n'a pas fait usage de la faculté qui lui a été donnée de se déterminer sur le rapport d'expertise complémentaire.

g) Le 15 février 2011, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui

consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 27 avril 2009 par R. _____ contre la décision rendue le 11 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Déposé dans le délai légal de trente jours compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), le recours satisfait en outre aux exigences de forme énoncées à l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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).

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante, justifiant l'octroi des prestations sollicitées.

3. 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 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 c. 4; 115 V 133

c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 c. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 c. 3a et les références citées; 134 V 231 c. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions

de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 c. 3b/aa p. 352 et les références; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 c. 3.2).

4. La détermination de l'OAI du 9 février 2011 constitue une proposition en procédure même si elle intervient à un stade postérieur à la réponse (art. 53 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'examiner à la lumière des pièces médicales au dossier s'il y a lieu de réformer la décision attaquée dans le sens de la proposition formulée par l'OAI.

a) En l'espèce, le juge instructeur a confié une expertise judiciaire pluridisciplinaire au Centre d'Expertise V._____. Le rapport d'expertise du 25 juin 2010 – et son complément du 1^{er} décembre suivant – se fonde sur un examen complet des pièces médicales versées au dossier constitué, y compris les pièces figurant dans le dossier de l'assureur perte de gain. Les experts ont examiné la recourante à deux reprises, les 26 janvier et 4 février 2010. Le rapport d'expertise judiciaire repose sur des examens complets et une anamnèse détaillée, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante et décrit clairement la situation médicale. Il ne contient en outre pas de contradiction, et les autres avis médicaux au dossier ne font état d'aucun élément objectif qui permettrait d'en mettre en doute les conclusions bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante, ce dont la recourante ne disconvient au demeurant pas. Quant à l'OAI, il a admis, sur la base de cette expertise, qu'il estime probante, qu'il y avait lieu de retenir que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le mois de mai 2007.

b) Cela étant, dans la motivation de la décision entreprise du 11 mars 2009, l'OAI reconnaît à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité du 26 avril 2007 au 31 juillet 2007. Toutefois, en réalité, le décompte joint à cette décision fait apparaître que le droit à la demi-rente d'invalidité débute le 1^{er} avril 2007 et non le 26 avril 2007, ce qui est conforme aux dispositions légales. En effet, l'art. 29 al. 2, *in initio*, LAI,

dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, dispose que la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, cette règle étant reprise dès le 1^{er} janvier 2008 à l'art. 29 al. 3 LAI. Le point de départ de la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante doit donc être fixé au 1^{er} avril 2007, de sorte que la décision attaquée sera réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2007.

c) S'agissant de la période postérieure au 31 juillet 2007, il y a lieu, conformément aux conclusions de l'expertise judiciaire et à la proposition en procédure faite par l'office intimé en date du 9 février 2011, de renvoyer le dossier à l'autorité intimée afin que celle-ci somme la recourante de se soumettre à un traitement psychiatrique raisonnablement exigible (cf. art. 21 al. 4 LPGA), puis rende une nouvelle décision portant sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} août 2007, après instruction complémentaire.

5. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision du 11 mars 2009 réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 50%, du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2007. Le dossier de la cause est en outre renvoyé à l'OAI, dans le sens de sa proposition en procédure du 9 février 2011, afin que celui-ci somme la recourante de se soumettre à un traitement psychiatrique raisonnablement exigible, puis rende une nouvelle décision portant sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 2007, après instruction complémentaire.

b) Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices

chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'ayant donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. 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 partiellement admis.

- II. La décision rendue le 11 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 50%, du 1^{er} avril 2007 au 31 juillet 2007.

- III. Le dossier est renvoyé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin que celui-ci somme la recourante de se soumettre à un traitement psychiatrique raisonnablement exigible, puis rende une nouvelle décision portant sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} août 2007, après instruction complémentaire.

- IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme R. _____,
- 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 :