

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2011

Présidence de M. NEU
Juges : M. Dind et Mme Thalmann
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

V._____, à Morges, recourante, représentée par CAP, Compagnie d'Assurance de protection juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) V._____, née en 1965, a effectué un apprentissage en qualité de secrétaire auprès de l'entreprise T._____ à [...] de 1982 à 1984. Selon l'extrait du compte individuel AVS, elle a occupé plusieurs emplois depuis l'obtention de son CFC, le dernier en qualité de responsable administrative auprès de l'entreprise A._____ à [...] du 1^{er} décembre 2001 au 31 octobre 2006 à 100 % puis à 80 %, l'assurée ayant sollicité la réduction de son taux d'activité dès le 1^{er} avril 2003 pour des motifs personnels (questionnaire pour l'employeur). Son contrat de travail a pris fin le 31 octobre 2006 en raison d'une incapacité de travail prolongée, le dernier jour de travail effectif étant le 23 mai 2005. Son cas a été pris en charge par l'assurance perte de gain collective C._____ qui a versé des indemnités journalières jusqu'au 17 janvier 2008.

Dans l'intervalle, soit le 22 décembre 2006, V._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison de troubles psychiques. Le 24 janvier 2007, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 80 % en qualité de responsable administrative et ce, par nécessité financière (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 30 janvier 2007, les Drs D._____, chef de clinique et W._____, médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de M._____, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de leur patiente, de trouble bipolaire, épisode actuel dépressif moyen, sans syndrome somatique (F31.30), existant depuis 2006, mais probablement depuis 1990 et d'agoraphobie sans trouble panique (F40.00), existant depuis 2006 au moins. Ils ont attesté une incapacité de travail à 100 % du 18 février 2006 au 24 mars 2006, à 60 % du 29 mars 2006 au 6 avril 2006, à 40 % du 7 avril 2006 au 28 avril 2006 et à 100 % dès le 6 juillet 2006 à ce jour, notamment en raison de symptômes anxieux et de difficultés de

concentration probablement consécutifs avec la lourde médication actuelle. Le Dr W. _____ a en outre indiqué ce qui suit :

"Il s'agit d'une patiente de 42 ans, ayant présenté depuis environ quinze ans déjà un trouble anxieux plutôt de type généralisé ainsi qu'une dépendance à l'alcool, qui prend pour la première fois contact avec notre policlinique au début 2006, dans le cadre d'une exacerbation anxiodépressive dont le facteur déclenchant a probablement été les difficultés croissantes de sa fille aujourd'hui âgée de 9 ans, elle-même suivie par une pédopsychiatre. Lors de nos premiers entretiens, nous avons constaté un état dépressif qualifié de sévère pour lequel nous avons introduit un traitement anti-dépresseur à base d'ISRS avec excellent effet en l'espace de quelques semaines. Malheureusement, cette médication a probablement été à l'origine d'une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire évoluant à bas bruits depuis plusieurs années contenu par une médication de Deanxit prescrite par son médecin généraliste. Cette décompensation a été telle qu'une longue hospitalisation s'est imposée durant l'été 2006. Par la suite, elle a développé un état dépressif accompagné d'une recrudescence anxieuse à type d'agoraphobie. Cette symptomatologie s'est légèrement améliorée depuis quelques semaines sans pour autant laisser entrevoir la perspective d'une reprise du travail à court terme".

Dans un rapport médical ultérieur, soit du 9 juillet 2007, les Drs D. _____ et W. _____ ont retenu une incapacité de travail à 100 % du 6 juillet 2006 au 18 août 2007 et à 50 % du 19 août 2007 au 31 août 2007. S'agissant du pronostic, ils ont indiqué que :

"(...), le traitement actuel à base de Lamotrigine et de Seroquel semblent porter quelques fruits plus enthousiasment que la situation de laisser augurer en janvier dernier. En effet, Mme V. _____ peut désormais plus facilement se rendre en ville faire les courses ou se promener. Les difficultés avec sa fille et son ex-mari ne contribuent malheureusement pas à aider Mme V. _____ à retrouver un équilibre.

Nous avons évoqué durant le mois de mai 2007, une reprise de travail à 50 % en date du 1^{er} août 2007 puis une reprise de la capacité à 100 % au 1^{er} octobre 2007, à moins de nouveaux éléments dans l'intervalle".

Dans un rapport médical du 19 octobre 2007, les Drs Q. _____, chef de clinique adjoint et W. _____, médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de M. _____ ont indiqué qu'ils avaient rencontré

l'assurée à deux reprises depuis le 9 juillet 2007, mais que cette dernière avait ensuite interrompu son suivi dans l'institution en raison de contretemps administratifs en relation avec les arrêts de travail et les rapports à l'assurance-invalidité. Elle était ainsi dorénavant suivie par le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les Drs Q._____ et W._____ ont toutefois ajouté qu'une reprise de travail était envisageable à temps partiel, soit entre 50 et 80 % avec une diminution de rendement de 20 %.

Après une brève période de chômage en septembre et octobre 2007, V._____ a été engagée à 50 % en qualité de secrétaire comptable qualifiée dès le 22 octobre 2007 auprès de l'entreprise N._____ à [...].

Dans un rapport médical du 20 mai 2008, le Dr L._____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de trouble bipolaire de type 1, épisode actuel de dépression moyenne (F31.1), existant depuis janvier 2006. En raison du tableau psychopathologique, il a estimé que la capacité de travail maximale de sa patiente ne dépassait pas 50 % depuis le 19 août 2007 pour une durée indéterminée. Cette limitation valait pour toute activité, même adaptée en termes d'horaire ou de rendement. Il a précisé que le début de l'incapacité de travail durable remontait au 17 janvier 2006 et a relevé qu'une reprise de travail à 100 % durant le mois de mai 2006 était peu vraisemblable, en raison de l'hospitalisation de l'assurée le 28 mai 2006 à M._____ en plein état maniaque.

b) Au vu de ces éléments, l'OAI a requis l'avis de son service médical régional (SMR) qui a retenu une capacité de travail de 50 % dans toute activité dès le 19 août 2007, conformément au rapport médical du Dr L._____ (avis médical du 14 juillet 2008).

L'OAI a également mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 20 octobre 2008, l'enquêtrice a

proposé de retenir le statut de 80 % active et 20 % ménagère, en mentionnant ce qui suit :

"Sur le 531 bis, l'assurée annonce un statut de 80 % active, ce, par nécessité financière. L'assurée s'est divorcée en 2000. Selon ses propos, son ex mari ne gagnait pas assez sa vie. Elle s'est remariée en 04. Son mari bénéficie actuellement de mesures de réinsertion de l'AI suite à des problèmes physiques. Il travaille dans la construction et son salaire est de Frs 4'500.-. L'assurée a toujours été active pour apporter une contribution financière indispensable à l'équilibre du budget familial ".

L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 7.7 % (rapport d'enquête du 5 novembre 2008).

B. a) Par projet de décision du 27 novembre 2008, l'OAI a octroyé une rente entière d'invalidité à V._____ pour la période allant du 17 janvier 2007 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an) au 30 novembre 2007 (soit après 3 mois d'amélioration). Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 80 %, les 20 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu d'un empêchement dans l'activité professionnelle de 100 %, exercée à 80 %, et d'un empêchement de 7.7 % dans l'activité ménagère, exercée à 20 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 81.54 %, ce qui donnait droit à une rente entière d'invalidité. Constatant une amélioration de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a estimé qu'une capacité de travail à 50 % pouvait raisonnablement être exigée dès le 19 août 2007 dans toute activité, l'assurée ayant d'ailleurs retrouvé un emploi dès le mois d'octobre 2007 pour un revenu annuel de 35'100 francs. Procédant à une comparaison des revenus, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 63'284 fr. et un revenu avec invalidité de 35'100 fr., l'OAI a retenu un préjudice économique de 28'184 fr. (45 %). Compte tenu d'un empêchement dans l'activité professionnelle de 45 %, exercée à 80 %, et d'un empêchement de 7.7 % dans l'activité ménagère, exercée à 20 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 37.54 %, ce qui était insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

b) L'assurée a contesté le projet précité en alléguant que le questionnaire qu'elle avait rempli le 24 janvier 2007 n'avait aucune valeur, puisque selon son psychiatre traitant, "l'état psychique de Mme V. _____ ne lui permettait pas de comprendre pleinement la teneur des questions du formulaire 531 bis, rempli à la demande de l'Office AI pour le canton de Vaud en date du 24.01.2007" (attestation médicale du Dr L. _____ du 28 janvier 2009). L'intéressé a par ailleurs allégué que dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage, l'enquêtrice ne l'avait pas interrogée sur la question de savoir comment elle répartirait son temps de travail sans problème de santé. Si tel avait été le cas, elle aurait certainement répondu qu'elle travaillerait à 100 % dans une activité salariée pour des raisons financières principalement.

c) Par courrier du 15 mai 2009, l'OAI a rejeté les arguments avancés par l'assurée et a dès lors confirmé, par décision du 3 juin 2009, son projet de décision du 27 novembre 2008.

C. a) Par acte de son mandataire du 4 septembre 2009, V. _____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'annulation de la décision attaquée, à la reconnaissance d'une demi-rente d'invalidité et au versement d'une équitable indemnité de dépens. Elle allègue qu'elle rencontre des difficultés financières importantes l'obligeant, si elle le pouvait, à reprendre une activité à 100 %. Son mari rencontre en effet des ennuis de santé qui l'obligent à changer de métier et qui induisent une diminution dans son salaire. Sa fille est entrée dans l'adolescence, si bien que les besoins financiers sont plus importants. Par ailleurs, cette dernière devient indépendante et n'a plus besoin de la présence de sa maman. Il y a dès lors lieu d'admettre qu'elle travaillerait aujourd'hui à 100 % si elle n'avait pas de problème de santé, raison pour laquelle elle doit être mise au bénéfice d'une demi-rente compte tenu d'une incapacité de travail à 50 %.

b) Dans sa réponse du 23 octobre 2009, l'intimé a estimé que les constatations de l'enquêtrice étaient dûment motivées, fondées sur un

examen attentif et précis de la situation familiale concrète et conforme aux dispositions légales, à la jurisprudence et aux directives administratives. L'intimé a rappelé que les enquêtrices expliquaient, lorsqu'elles réalisaient les enquêtes ménagères, aux assurés les raisons pour lesquelles une enquête ménagère était effectuée ainsi que le statut, et que les assurés avaient dès lors la possibilité de s'exprimer à ce sujet. L'intimé a par ailleurs sollicité l'avis du SMR, qui par avis médical du 14 octobre 2009, s'est déterminé comme suit s'agissant de l'état de santé psychique de l'assurée en date du 24 janvier 2007 (date à laquelle le formulaire 531 bis a été signé) :

"Nous pouvons donc relever, sur la base du dossier, que la pathologie dont souffre l'assurée est qualifiée de moyenne à cette date-là (cf RM du 31.01.2007 du Dr W. _____ et du Dr D. _____ dont le dernier examen est daté du 16.01.2007) et qu'aucun élément objectif de troubles cognitifs n'était mentionné dans ce RM. Une reprise du travail était envisagée dans les mois à venir, ce qui de fait a été réalisé dès le 19.08.2007.

A notre avis, il s'agit plus d'une problématique administrative et juridique que médicale".

c) Dans sa réplique du 20 novembre 2009, la recourante a maintenu que lors de son passage à son domicile le 20 octobre 2008, l'enquêtrice n'avait absolument pas abordé la question du statut. Cette dernière s'était en effet contentée de reprendre le formulaire 531 bis rempli le 24 janvier 2007. Enfin, elle a pris acte que le SMR, dans son avis médical du 14 octobre 2009, estimait ne pas être en mesure de se prononcer sur la question de l'état de santé de l'assurée en janvier 2007.

d) Dans sa duplique du 1^{er} décembre 2009, l'intimé a relevé que contrairement aux allégations de la recourante, l'enquêtrice lui avait expliqué, lors de la réalisation de l'enquête ménagère, les raisons pour lesquelles elle était effectuée, ainsi que le statut.

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'AI (art. 1 LAI). 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté le 4 septembre 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise intervenue le 8 juillet 2009, le recours a été déposé en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent et est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2007, singulièrement son degré d'invalidité.

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

3. Seul est contesté le taux d'invalidité fixé par l'intimé, et plus particulièrement, le taux d'occupation qui aurait été celui de la recourante si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Tandis que l'intimé a retenu que l'assurée aurait travaillé à 80 % et, partant, confirmé l'application de la méthode mixte d'évaluation, la recourante soutient, quant à elle, qu'elle aurait travaillé à plein temps, ce qui impliquait ainsi le recours à la méthode générale de la comparaison des revenus.

a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement

à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références; TF I 85/07 du 14 avril 2008 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assurée qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

b) En l'espèce, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, celle-ci n'a pas toujours affirmé que, sans la survenance de ses problèmes de santé, elle aurait exercé une activité lucrative à 100 %. Ainsi, dans le formulaire ad hoc 531 bis, destiné à compléter la demande de prestations du 22 décembre 2006, elle était invitée à répondre à cinq questions relatives à son statut de femme active à l'extérieur. Dans le questionnaire y relatif, du 24 janvier 2007, à la question de savoir à quel taux d'activité (100 %, 50 % ou autre) elle travaillerait à l'extérieur si elle était en bonne santé, elle a répondu à 80 % et a indiqué que c'était par nécessité financière tout en ajoutant "quand mon médecin traitant me l'autorisera". Lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 20 octobre 2008, soit près de 2 ans après le dépôt de sa demande AI,

L'enquêtrice a dû déterminer l'activité lucrative de l'assurée, c'est-à-dire les motifs (éventuellement la situation financière), la nature et l'importance de l'activité lucrative en pourcentage. Même si les propos recueillis par l'enquêtrice auprès de l'assurée, ont été transposés par écrit de manière télégraphique, il s'avère qu'il a été fait état du formulaire 531 bis comme base de discussion, la recourante ayant manifestement expliqué les motifs pour lesquels elle souhaitait être active. En tout état de cause, à l'issue de cette discussion, elle n'a pas déclaré qu'elle souhaitait reprendre une activité lucrative à 100 %. Si tel avait été le cas, l'enquêtrice n'aurait pas procédé à la description des empêchements dûs à l'invalidité.

Les déclarations de la recourante sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Les explications qu'elle a fournies après coup à réception du projet de décision du 27 novembre 2008 relative à l'acceptation d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, n'y changent rien. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que la personne assurée a faite alors qu'elle n'était pas encore consciente des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (TF I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6; ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2, n° U 524 p. 546; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

c) Il convient dès lors de retenir les premières affirmations de la recourante (questionnaire ad hoc 531 bis du 24 janvier 2007) selon lesquelles, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage, au taux de 80 %. Il y lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que sans la survenance de ses problèmes de santé, elle consacrerait le 80 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative. La part des travaux habituels dans le ménage constitue ainsi une part de 20 % (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a déjà cités). C'est en vain que l'intéressée, par l'intermédiaire de son mandataire, a allégué que l'on ignorait si elle avait réellement compris

les questions posées en faisant état d'une attestation médicale du Dr L._____, son psychiatre traitant qui relève que l'état psychique de sa patiente ne lui permettait pas de comprendre pleinement la teneur des questions du formulaire 531 bis. En effet, on peine à comprendre comment le Dr L._____ a pu se prononcer rétrospectivement sur l'état de santé psychique de l'assurée tel qu'il se présentait le 24 janvier 2007, alors que l'intéressée n'est devenue sa patiente que depuis le 21 août 2007 (rapport médical du 20 mai 2008). Comme l'a mentionné à juste titre le SMR, à cette date-là, la pathologie dont souffrait l'assurée était qualifiée de moyenne (rapport médical du 31 janvier 2007 du Dr W._____ et du Dr D._____ dont le dernier examen est daté du 16 janvier 2007), ces praticiens n'ayant par ailleurs mis en évidence aucun élément objectif de troubles cognitifs. Un tel questionnaire était au demeurant tout à fait compréhensible pour une assurée qui assumait des tâches variées dans son activité de responsable administrative.

d) En tout état de cause, si le motif avancé pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet est tout à fait compréhensible - à savoir l'amélioration des revenus -, il ne saurait à lui seul justifier la reconnaissance d'un statut de personne active à 100 %. En effet, encore faut-il que cette volonté puisse être déduite d'indices extérieurs.

In casu, il est constant que la recourante avait réduit, pour des motifs personnels, son taux d'activité de 100 % à 80 % avec effet au 1^{er} avril 2003, soit lorsque sa fille était alors âgée de 7 ans et demi. Dans le cadre de l'enquête sur le ménage, la recourante n'a pas fait état de dettes, mis à part un petit crédit pour la voiture, précisant au surplus qu'il n'y avait aucun retard dans le paiement des impôts. Elle a ajouté que son époux, tôlier et calorifugeur de métier, avait dû arrêter sa profession en raison d'une atteinte aux deux genoux et qu'il percevait un salaire de 4'500 fr. dans le cadre de mesures professionnelles de l'AI. Elle n'a au surplus pas fait état de difficultés financières particulières liées à l'entretien de sa fille. Dès lors, il y a lieu de retenir que l'assurée n'a pas été en mesure de démontrer sur la base d'éléments probants que sa

situation financière s'était péjorée jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse au point de justifier une augmentation de son taux d'activité.

Dès lors, au regard de son parcours professionnel tel qu'il ressort du questionnaire de l'employeur et de son statut personnel, en particulier familial, tel qu'il a évolué jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, il y a lieu de considérer comme établi au degré de vraisemblance prépondérante que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, l'assurée aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative principale comme responsable administrative à 80 %, consacrant le reste de son temps à la tenue de son ménage.

4. En tant qu'assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel, il convient ainsi d'évaluer le degré d'invalidité qu'elle présente selon la méthode mixte et non par comparaison des revenus. Le degré d'incapacité de travail n'étant pas litigieux, l'OAI a fixé le taux d'invalidité économique à 36 % ($45 \% \times 80 \%$), appréciation dont il n'y a pas lieu de s'écarter. Par ailleurs, le degré d'invalidité de 1.54 % ($7.7 \% \times 20 \%$) que l'OAI a reconnu à la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, échappe également à la critique. Ainsi, l'addition des degrés d'invalidité dans l'activité lucrative (36 %) et dans l'activité ménagère (1.54 %) conduit à un degré d'invalidité total de 37.54 %, qui ne donne pas droit à une rente, étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40 % (art. 28 al. 1 LAI).

Ainsi, au regard de la jurisprudence exposée ci-dessus, les griefs développés par la recourante à l'appui de son recours ne permettent pas d'établir une violation du droit fédéral. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

5. 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 1'000 francs (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 recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 3 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, par 400 francs, sont mis à la charge de la recourante.

- 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 :

- CAP, Compagnie d'Assurance de protection juridique, à Lausanne (pour la recourante),
- 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 :