

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

Z._____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI; 28a LAI; 16 LPGA

E n f a i t :

A. a) Z._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1962, a une formation d'aide-soignante. Elle a eu deux enfants d'un premier mariage puis trois enfants avec son second mari qui, lui-même, avait déjà deux enfants d'une précédente union.

Le 24 novembre 2004, Z._____ a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI pour adultes en invoquant des problèmes de vertèbres et une scoliose ainsi que le fait qu'elle ne pouvait plus porter des charges lourdes. Le 9 décembre 2004, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 50 % en qualité d'aide-soignante à domicile et ce, par nécessité financière notamment (formulaire 531bis).

Dans un rapport médical du 21 décembre 2004, la Drsse Q._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques sur troubles statiques (scoliose, hyperlordose lobaire, cyphose dorsale) et troubles dégénératifs (deux discopathies), troubles dépressifs récurrents et troubles alimentaires sous formes de boulimie. Au titre de handicaps fonctionnels, ce praticien a mis en exergue, dans le domaine du travail, l'existence de lumbagos environ quatre fois par année avec blocage et incapacité de travail consécutive. En revanche, elle n'a pas attesté de handicaps fonctionnels au quotidien ou durant les loisirs. La Drsse Q._____ a fait état de plusieurs incapacités de travail entre 1999 et 2004, notamment à 100% entre le 14 mai et le 16 mai 2004, à 50 % entre le 16 juillet et le 5 octobre 2004 et à 100% dès le 6 octobre 2004 pour une durée indéterminée. Au terme de son rapport, elle a émis le pronostic suivant:

" Patiente avec d'excellentes ressources médicosociales qui souhaite avoir une activité professionnelle à 50% pour son équilibre personnel ainsi que pour subvenir aux besoins d'une famille très nombreuse et qui souhaiterait

pouvoir devenir animatrice dans des EMS ou même par rapport à des enfants pour pouvoir reprendre son travail. Un travail à 50% comme elle l'a fait jusqu'à présent. Patiente très motivée qui devrait idéalement pouvoir bénéficier d'une réadaptation professionnelle pour retrouver sa capacité de travail pleine (50% de travail professionnel et 50% à domicile dans sa grande famille)."

b) Au vu de ces éléments, l'OAI a tout d'abord mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte invoquée par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée en juillet 2005, l'enquêtrice a proposé de retenir un empêchement de 2,5% dans l'activité ménagère et, dans son rapport, a fait état de ce qui suit:

"Il y a contradiction entre les propos de l'assurée qui déclare que depuis octobre 2004 elle ne pouvait rien faire du tout dans son ménage, [restant bloquée] ce, deux-trois fois par semaine et le rapport médical de la Dresse Q. _____ qui mentionne que l'assurée a un blocage 3-4 fois par année et pas de handicap fonctionnel au quotidien ni dans les loisirs.

L'empêchement ménage retenu tient compte des déclarations de l'assurée qui déclare qu'à ce jour, grâce aux séances d'acupuncture, elle ne ressent plus de douleurs et se sent prête à reprendre une activité professionnelle"

L'OAI a également requis l'avis de son Service médical régional (ci-après: SMR) qui a mis en œuvre un examen rhumatologique et psychiatrique, lequel a été effectué le 25 août 2006 par les Drs U. _____ et H. _____. Dans leur rapport du 31 janvier 2007, ces médecins ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle, épisode actuel d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F33.11) et de dorsolombalgies chroniques sur trouble dégénératif, statique et trouble de la transition (M54.4). Sur le plan psychiatrique, le médecin examinateur a estimé que l'assurée souffrait d'une pathologie psychiatrique récurrente et invalidante greffée sur une fragilité psychologique, avec des décompensations imprévisibles qui l'épuisaient et justifiaient une capacité de travail exigible de 50% dans toute activité, depuis 2000, date de l'aggravation de son état. Sur le plan somatique, le spécialiste a retenu que l'assurée présentait des troubles statiques et dégénératifs du rachis dorsolombaire associés à un trouble de la transition lombosacrée. Au vu des troubles dégénératifs

mis en évidence par les examens complémentaires et confirmés par l'examen clinique, il a estimé que l'activité habituelle de cette assurée (aide-soignante) était contre-indiquée à long terme, étant clairement établi qu'une activité à fortes charges physiques allait progressivement décompenser l'assurée sur le plan algique et provoquer une dégénérescence accélérée au niveau ostéoarticulaire. De ce fait, il a estimé que l'activité d'aide-soignante n'était pas adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles ont été mis en évidence, du point de vue psychiatrique, une fragilité psychologique et une dépression récurrente avec des décompensations imprévisibles qui épuisaient l'assurée. Pour le reste, pas de port de charges supérieures à 10kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà d'une heure, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc à répétition, pas d'activité sur terrain instable. S'agissant de la capacité de travail exigible, les experts ont relevé ce qui suit:

"Dans son activité habituelle d'aide-soignante, l'assurée travaille actuellement à 50%. Sur la base de notre examen clinique, l'étude du dossier radiologique et des documents mis à disposition, cette assurée présente une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle de tout au plus 50%. Toutefois, il faut être conscient que la poursuite de l'activité habituelle (aide-soignante) va inévitablement déboucher sur des incapacités de longue durée et précipiter les troubles dégénératifs déjà présents. En tenant compte de la pathologie psychiatrique invalidante, dans une activité adaptée, qui tient compte des limitations fonctionnelles, cette assurée présente une capacité de travail de 50%. Sur le plan somatique, cette assurée peut bénéficier des mesures de réadaptation professionnelle."

Les médecins examinateurs du SMR ont conclu à une capacité de travail exigible de 50% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée, cela depuis 2000 environ.

Dans un rapport SMR du 7 février 2007, qui fait suite à l'examen médical précité, la Drsse F._____ a conclu à une capacité de travail de 50% dans toute activité, pour des raisons psychiatriques.

B. Par projet de décision du 12 avril 2007, l'OAI a refusé à Z._____ le droit de bénéficier de mesures professionnelles ou d'une éventuelle rente. L'autorité intimée a estimé que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait poursuivi son activité d'aide soignante à 50%, la

considérant ainsi comme active à 50% et ménagère à 50%. Sur la base de l'enquête effectuée à son domicile, l'OAI a constaté que l'importance des empêchements ménagers de l'assurée était très faible et n'atteignait que 2,5 %. En ce qui concerne la capacité de travail encore exigible dans son activité habituelle d'aide soignante et dans une activité adaptée à son état de santé, il a estimé cette capacité encore exigible à 50 %. L'autorité a en outre considéré, compte tenu des limitations fonctionnelles, qu'un abattement de 5 % sur le revenu d'invalidé se justifiait. Cela étant, l'OAI a finalement retenu un taux d'invalidité global de 3,7%, selon le calcul suivant:

"Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

Revenu sans invalidité à 50 % CHF 24'000.00

Revenu avec invalidité à 50 % CHF 22'280.00

La perte de gain s'élève à CHF 1'720.00 = un degré d'invalidité de 7.17%

Calcul de votre invalidité globale:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	50%	7,17%	3,58%
ménagère	50%	2,5 %	0.12%
Degré d'invalidité			3,70 %"

Par courrier du 14 mai 2007, l'assurée a formulé ses objections, contestant notamment détenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son ancienne activité, mettant en cause le taux d'abattement retenu et émettant diverses critiques quant à la manière dont l'instruction du dossier avait été menée.

C. Dans le cadre de l'allocation d'indemnités journalières par l'assurance-maladie W._____, Z._____ a été soumise, le 8 octobre 2007, à une expertise pluridisciplinaire conduite par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie.

Dans un avis médical du 6 décembre 2007, le Dr M._____, du SMR, a pris position sur le rapport précité. Il a estimé que le Dr L._____ ne se prononçait pas clairement sur la capacité de travail de l'assurée puisqu'il ne fournissait aucun chiffre en réponse aux questions posées, se bornant à considérer que l'assurée était uniquement capable de mener à bien ses modestes charges domestiques à l'heure actuelle, ce

qui laissait supposer que la capacité de travail serait nulle dans toute activité lucrative. Le Dr M. _____ a considéré qu'aucun argument médical ne venait justifier cette appréciation, qui, selon lui, était d'ailleurs incohérente, si l'on sait que les «modestes charges domestiques» que peut mener à bien l'assurée comportent l'entretien d'une maison indépendante sur trois niveaux, avec un ménage de cinq personnes dont trois enfants. On ne pouvait ainsi admettre, dans ces circonstances, qu'une femme qui peut assumer une telle activité ne pourrait pas avoir une activité lucrative à 50%, légère et adaptée à son état de santé. Le SMR a estimé en définitive que la capacité de travail de l'assurée dans l'activité d'aide-soignante devait être considérée comme nulle depuis octobre 2004, en raison des atteintes somatiques. En effet, lors de l'examen clinique effectué par le SMR, l'activité habituelle avait été reconnue comme clairement non-adaptée et même contre-indiquée en raison de la forte charge physique qu'elle impliquait. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles figurant en page 9 du rapport d'examen du 25 août 2006, la capacité de travail médicalement exigible restait de 50% d'un plein temps dès 2004. Le Dr M. _____ a estimé cette position concordante avec celle du médecin traitant, la Dresse Q. _____ (rapport du 26 octobre 2007) et comme tenant compte des limitations psychiatriques.

Le Dr B. _____, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon-les-Bains, qui suit la patiente depuis 2005, a, dans un rapport du 3 novembre 2008, émis les diagnostics de trouble dépressif récurrent, de trouble dysthymique et de trouble de la personnalité avec traits de dépendance, traits anxieux, traits impulsifs, traits abandonniques. Son pronostic est le suivant:

"Cette patiente présente une évolution chronique où s'imbrique une problématique orthopédique associée à d'importantes difficultés psychologiques liées d'une part à un état dépressif chronique et d'autre part à un trouble de la personnalité mixte avec d'importants traits d'immaturation, de dépendance, d'impulsivité et des éléments abandonniques. Lors de son appréciation d'octobre 2007, le Dr L. _____, médecin expert, avait révélé une probable insuffisance thyroïdienne et proposé un traitement. Celui-ci a été conduit par la Dresse Q. _____ sans que l'on observe de changement, ni dans le sens d'une amélioration, ni dans le sens d'une péjoration. Le pronostic reste donc réservé."

Dans un avis médical du 6 janvier 2009, le Dr M._____ a estimé que les symptômes psychiatriques rapportés par le Dr B._____ dans son rapport du 3 novembre 2008 étaient rigoureusement superposables à ceux décrits dans le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 25 août 2006. Les constatations étant identiques, seule l'estimation de la capacité de travail diffère entre le Dr B._____ et le SMR. Selon le Dr M._____, une incapacité de travail totale n'était pas justifiable dans cette situation de trouble de l'humeur de gravité moyenne, chronique et n'ayant jamais empêché durablement l'assurée de travailler, du moins à temps partiel. A cet égard, le rapport du Dr B._____ n'apportait à ses yeux aucun élément nouveau de nature à remettre en question les conclusions du SMR.

Le 8 avril 2009, le SMR a mis en œuvre un nouvel examen clinique psychiatrique de l'assurée. Dans son rapport du 22 avril 2009, le Dr U._____ a estimé que, sur le plan purement psychiatrique, l'examen psychiatrique effectué était superposable à celui du 25 août 2006 et l'état de l'assurée stationnaire. Selon elle, la capacité de travail exigible était toujours de 50% d'un plein temps dans toute activité depuis environ 2000.

Dans un avis médical du 6 mai 2009, le Dr M._____ a confirmé, sur la base du rapport d'examen psychiatrique précité - dont il a estimé les conclusions motivées et convaincantes - l'existence d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, la capacité de travail étant nulle dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques. Le 9 décembre 2009, le SMR a été invité à se prononcer sur l'évolution des empêchements ménagers de l'assurée, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique.

Le 11 mai 2010, l'OAI a adressé à l'assurée sa décision formelle de rejet de sa demande de reclassement professionnel et de rente, la motivation y relative étant la même que celle développée dans le projet de décision du 12 avril 2007. Si cette décision de l'OAI porte la date du 12 avril 2007, c'est sans conteste à la suite d'une erreur de plume, la date de la lettre d'accompagnement, ou motivation, adressée le même

jour à l'avocat de la recourante portant bien celle du 11 mai 2010. Le courrier précité fait au demeurant état des diverses investigations complémentaires menées sur le plan médical pour parvenir à un taux d'invalidité de 29%, qui tient compte d'une capacité de travail réduite de 50% pour des raisons psychiatriques dans une activité adaptée et d'un taux d'empêchement de 50% dans l'activité ménagère.

D. Le 14 juin 2010, Z._____ a recouru contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au versement d'une demi-rente invalidité à partir d'une date fixée à dire de justice, ainsi qu'à des intérêts moratoires à 5% l'an dès la date en question. Selon la recourante, n'est litigieuse, dans le cas particulier, que la méthode de calcul. Si le fait qu'un assuré travaille à temps partiel n'est déterminant que pour départager les parts active et ménagère de son activité, la logique arithmétique impose cependant, à ses yeux, de déterminer le degré d'invalidité relatif à chaque part indépendamment de ce partage du temps, et donc sur la base d'un taux d'activité de 100% pour chacune des deux parts en question. Ce n'est, selon elle, qu'ensuite que les deux degrés d'invalidité partiels pourront être pondérés en fonction de la quotité de la part d'activité (active ou ménagère) à laquelle ils se rapportent chacun. Faire différemment serait aberrant selon la recourante: invalide à 50%, elle aurait épuisé "son crédit" de capacité dans son activité d'active à mi-temps, elle devrait alors, une fois rentrée chez elle, faire son ménage à 25%. De cette manière, la recourante fait état d'une perte de gain de 29% pour la part active, auquel il faut ajouter 25% pour la part ménagère, ce qui lui fait retenir un degré d'invalidité global de 54%.

Dans sa réponse du 9 septembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

La recourante a déposé des déterminations le 6 octobre 2010. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), en précisant: « pour vous convaincre

de la nécessité de cette mesure d'instruction judiciaire, je vous propose de convoquer une audience de comparution personnelle des parties ».

Le 16 mars 2012, la recourante a écrit à la Cour en lui demandant de «soit mettre une [...] expertise en œuvre, soit convoquer l'audience de comparution personnelle des parties évoquée par [son] pli du 6 octobre 2010.»

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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 du domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des OAI cantonales peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Il doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son

ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a)

b) En l'occurrence, la recourante conteste le refus de l'OAI de lui octroyer une rente d'invalidité mais limite elle-même l'objet de son recours, en précisant que "n'est litigieuse que la méthode de calcul". Avec ses propres calculs, la recourante arrive à un degré d'invalidité global de 54%, ce qui lui ouvrirait le droit à une demi-rente d'invalidité.

3. a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel [art. 28a al. 3 LAI]). La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du

ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b; TF I 707/01 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TF I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2; ATF 137 V 334).

b) Le Tribunal fédéral a récemment eu à se prononcer sur la question de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et, à cette occasion, a pris position sur les critiques régulièrement formulées par la doctrine à propos de cette méthode (cf. ATF 137 V 334). De cet arrêt du 8 juillet 2011, il ressort notamment ce qui suit:

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps

partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 130 V 61; ATF 128 V 93; arrêt I 246/05 du 30 octobre 2007 consid. 5.2.1 et les références, in SVR 2008 IV n° 34 p. 111; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

Tel que défini à la base, le risque "invalidité" comporte ainsi, selon la jurisprudence, deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques; dans le second cas, on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée. Cette discordance est inhérente au système légal de l'évaluation de l'invalidité et ne saurait donner lieu à critique. La difficulté à laquelle a été confrontée la jurisprudence au cours du temps fut de concilier ces deux méthodes - très différentes dans leur conception - dans la situation d'une personne exerçant une activité lucrative à temps partiel et consacrant le reste de son temps à ses activités habituelles.

Compte tenu de la dualité méthodologique imposée par le législateur à l'art. 28a al. 3 LAI, la détermination de l'ampleur du dommage global subi dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne peut se faire, qu'en évaluant de manière séparée le degré d'invalidité relatif à chaque domaine d'activité (sous réserve de la prise en compte des effets réciproques prévue à l'ATF 134 V 9). S'agissant de la part que la personne assurée consacre à l'exercice d'une activité lucrative, il convient, au moment de l'évaluation du degré d'invalidité, de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral, soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. En choisissant de ne travailler qu'à temps partiel, la personne assurée renonce délibérément à une partie du salaire qu'elle pourrait réaliser en travaillant à plein temps pour se contenter du seul revenu de son activité à temps partiel; la diminution de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte de revenu - hypothétique - relative à une

activité que la personne assurée n'aurait jamais exercée en l'absence d'atteinte à la santé (cf. arrêt TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.3, in FamPra.ch 2010 p. 134). De l'avis du Tribunal fédéral, c'est pour ces motifs qu'il se justifie de prendre en compte, pour calculer le revenu sans invalidité, le salaire effectif réalisé par la personne assurée avant la survenance de l'invalidité (cf. 137 V 334 consid. 5.5.3).

c) En l'occurrence, la recourante ne remet pas en cause le principe même de l'application de la méthode mixte mais se plaint de la manière dont cette méthode a été appliquée. Il n'est en effet pas contesté qu'en l'espèce, l'assurée partage son activité en deux 50% d'active et de ménagère. Les critiques formulées par la recourante correspondent à celles régulièrement émises par la doctrine (cf. ATF 137 V 334 consid. 5), qui considère que le degré d'invalidité calculé selon la méthode mixte aboutirait à un résultat peu satisfaisant car souvent inférieur à celui obtenu à l'aide d'une autre méthode.

Or, comme on l'a vu ci-dessus, le Tribunal fédéral a récemment répondu à l'ensemble de ces critiques et rejeté l'argumentation selon laquelle l'application de la méthode mixte aurait pour conséquence de procéder à une double pondération du degré d'invalidité relatif à la part consacrée à l'activité lucrative. Il s'agit, selon la Haute Cour, de calculer dans une première étape le degré d'invalidité - effectif - de la personne assurée, dans le respect du but et de l'esprit de l'assurance-invalidité puis seulement, dans une seconde étape, de pondérer les champs d'activité. Cela étant, c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte, pour calculer le revenu sans invalidité de l'assurée, le salaire effectif réalisé par celle-ci avant la survenance de l'invalidité et non celui calculé sur la base d'un temps plein, car ce calcul conduirait, comme le dit le Tribunal fédéral, à l'indemnisation d'un dommage virtuel et fictif, ce qui est contraire au but et à l'esprit de l'assurance-invalidité et à la notion d'assurance. Le degré d'incapacité de travail n'étant pas litigieux, l'OAI a fixé le taux d'empêchement économique à 3,58 %, en tenant compte d'un salaire sans invalidité à 50% de 24'000 fr. et d'un salaire avec invalidité de 22'280 fr. (taux d'abattement 5%), appréciation dont il

n'y a pas lieu de s'écarter. Par ailleurs, le degré d'invalidité de 25% (50% x 50%) que l'OAI a finalement reconnu à la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, échappe également à la critique. En effet, l'intimé a tenu compte à cet égard, sur la base des derniers rapports médicaux, du fait que l'incapacité de travail était désormais de 50% dans toute activité pour raisons psychiatriques, ce qui est bien supérieur à ce dont il avait tenu compte dans un premier temps en se fondant sur l'enquête économique effectuée en 2005. Ainsi, l'addition des degrés d'invalidité dans l'activité lucrative (3,58%) et dans l'activité ménagère (25%) conduit à un degré d'invalidité total arrondi de 29%, ce qui ne donne pas droit à une rente, étant donné qu'il est inférieur au taux minimal de 40%.

4. Dans ses déterminations adressées à la Cour de céans, la recourante a mis en cause la manière dont l'intimé avait mené l'instruction de son dossier et considère que celle-ci est entachée de plusieurs vices. Dans ces circonstances, elle estime nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En relation avec cette requête, la recourante a proposé la convocation des parties à une audience, au cours de laquelle elle pourrait développer ses arguments à propos de la nécessité d'une telle mesure d'instruction complémentaire. Dans sa dernière écriture, du 16 mars 2012, la recourante a renouvelé sa précédente requête (du 6 octobre 2010), en s'y référant.

a) La « proposition » d'audience de comparution personnelle n'est pas une requête fondée sur l'art. 6 § 1 CEDH tendant à ce qu'une audience publique du tribunal soit organisée. Selon la jurisprudence, l'obligation d'organiser des débats publics sur la base de cette garantie conventionnelle suppose une demande, formulée d'une manière claire et non équivoque, par une partie au procès. Une simple requête tendant à l'administration d'une preuve, par exemple à l'audition d'un témoin, voire à la mise en œuvre d'une expertise, n'est pas formellement une requête de débats publics (ATF 136 I 279 consid. 1; 122 V 47 consid. 3; TF 9C_402/2010 du 21 février 2011 consid. 2.1).

En l'occurrence, la requête visait la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. La recourante a proposé de compléter son argumentation au sujet de la nécessité de cette mesure d'instruction au cours d'une audience; elle estimait néanmoins qu'il était possible, pour le tribunal, d'ordonner cette expertise sans audience préalable. En mentionnant une audience de comparution personnelle dans son écriture du 6 octobre 2010, la recourante n'a donc pas présenté une requête formelle de débats, fondée sur l'art. 6 CEDH; elle a simplement proposé une modalité relative à une mesure probatoire.

En renouvelant sa requête le 16 mars 2012, la recourante n'a pas davantage demandé des débats publics au sens de l'art. 6 CEDH. Elle s'est bornée à rappeler la teneur de sa précédente requête. Au demeurant, la partie qui entend demander l'organisation d'une audience publique doit le faire suffisamment tôt, et ne saurait attendre plusieurs mois après la fin de l'échange d'écritures. Du reste, lorsque la lettre du 16 mars 2012 est parvenue à la Cour de céans, la cause était prête à être jugée.

Il reste donc à examiner si la mise en œuvre d'une expertise médicale était nécessaire.

b) En l'occurrence, il est douteux que la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire soit nécessaire, vu l'objet du litige encore pendant devant la Cour de céans. De plus, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). A cet

égard, les avis des médecins du SMR, qui ont pris position de manière claire et précise sur les autres avis médicaux émis dans le dossier, sont suffisamment probants.

On relèvera enfin que les critiques émises à l'encontre de la Drsse U. _____ ne sauraient être retenues. Si l'on doit considérer, comme l'admet d'ailleurs l'intimé, que le rapport du 25 août 2008 est entaché d'un vice de forme dans son volet psychiatrique (cf. TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010; TF 9C_270/2008 du 12 août 2008; arrêt CASSO du 18 novembre 2010 AI 626/08 - 455/2010), un nouvel examen clinique psychiatrique complet de la recourante a été effectué par la Drsse L. _____ le 8 avril 2009, soit à une date largement postérieure à l'octroi de son autorisation de pratiquer la médecine à titre dépendant selon le droit cantonal (acquise le 24 novembre 2006); ce document est au demeurant cosigné par son supérieur hiérarchique, la Drsse N. _____, médecin-chef au SMR (cf. TASS AI 237/07-104/2008 4 mars 2008 consid. 3d).

5. En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent en l'espèce être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 LPA-VD). Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice de 500 fr. (cinq cents francs) est 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 :

- Me Philippe Graf, avocat (pour Z._____),
- 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 :