

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 février 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Jomini et Métral
Greffière : Mme Barman

* * * * *

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 4, 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après: l'assurée), née en 1950, mariée et mère de deux enfants nés en 1977 et 1980, titulaire d'un diplôme de commerce, a présenté le 26 février 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'un trouble bipolaire existant depuis 1994. Elle précisait avoir été femme au foyer de 1978 à ce jour.

Invitée à compléter le formulaire 531bis, elle a répondu le 23 mars 2009 qu'elle aurait travaillé à l'extérieur depuis le 10 septembre 2008 et qu'elle avait collaboré dans l'entreprise de son conjoint à raison de 16 heures par semaine, sans rémunération, en qualité d'employée de commerce. Elle a en outre répondu «plus» à la question de savoir si elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage si elle était en bonne santé.

Dans un rapport médical du 9 juin 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), les Drs N._____ et V._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistante à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont diagnostiqué un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission (F31) existant depuis 1994, date de la première hospitalisation de l'assurée auprès de l'Hôpital de [...]. Ils ont encore indiqué que cette dernière y avait été hospitalisée ensuite à cinq reprises (en 1999, 2003, 2005, 2007, 2008), la dernière fois du 10 septembre 2008 au 9 avril 2009. Ces praticiens indiquaient que l'assurée s'était beaucoup investie dans l'entreprise de son mari, notamment sur le plan comptable, et qu'elle s'occupait le reste du temps des tâches ménagères et de ses enfants quand ils étaient plus jeunes. Le pronostic était réservé, notamment en raison des décompensations maniaques fréquentes. Dans les moments où la maladie était bien stabilisée, l'assurée avait pu fonctionner et gérer de manière satisfaisante ses tâches à domicile ainsi que la comptabilité de son mari. Elle présentait pourtant une fragilité psychique importante, comme le montrait l'évolution de sa maladie, toute forme de stress étant susceptible de provoquer une

décompensation de sa symptomatologie psychique actuellement stabilisée. Ces praticiens précisait que durant l'hospitalisation qui avait eu lieu de septembre 2008 à avril 2009, la stabilisation de l'état psychique avait été extrêmement difficile. La patiente était en outre restée durant toute cette hospitalisation en conflit avec son mari, avec lequel elle refusait tout contact. Après sa sortie d'hôpital, elle était allée s'installer dans un studio, où elle recevait des visites régulières à domicile par une infirmière du Centre médico-social (ci-après: CMS). De l'avis des Drs N._____ et V._____, le pronostic était réservé, en raison des décompensations maniaques fréquentes avec symptômes psychotiques, de la résistance de la symptomatologie au traitement médicamenteux pendant la dernière hospitalisation et de l'anosognosie partielle de la patiente pouvant entraîner un manque de compliance au traitement médicamenteux.

Dans son rapport médical du 15 janvier 2010 à l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7). La patiente avait séjourné à l'Hôpital psychiatrique de [...], la dernière fois du 20 juillet 2009 au 6 novembre 2009, totalisant sept séjours dans cette institution. Actuellement, elle était en phase de convalescence et de récupération progressive d'une vie normale à l'extérieur. Elle était un peu déprimée et ralentie, et ne pouvait s'acquitter de ses diverses tâches que de manière très mesurée et prudente. Elle avait présenté une incapacité de travail de 100% dans son activité d'employée de bureau dès le 10 septembre 2008, au long cours. Le Dr P._____ estimait cependant que l'activité habituelle pourrait encore être exigible à 20 ou 30%, avec une baisse de rendement en raison de la lenteur consécutive à la maladie. Le Dr P._____ précisait encore que les restrictions mentales et psychiques actuelles étaient surtout liées au ralentissement psychomoteur encore important dont souffrait la patiente, avec une grande lenteur dans l'exécution des tâches, mais aussi des difficultés de concentration et d'organisation d'une activité structurée. La patiente était sortie depuis septembre-octobre 2009 de sa dernière très longue décompensation

maniaque, et parfois mixte. Le Dr P._____ notait également que la patiente était anosognosique.

Dans un rapport du 22 mars 2010, les Drs Y._____ et R._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) ont retenu que l'assurée présentait des limitations fonctionnelles secondaires à une maladie psychiatrique grave, d'évolution chronique depuis 1994, avec aggravation depuis septembre 2008 et décompensations de plus en plus rapprochées. L'incapacité de travail était de 100% dans toutes les activités, autant habituelles qu'adaptées. Le pronostic était hautement défavorable et les mesures de réinsertion et d'adaptation sans objet. L'incapacité de travail durable avait débuté le 10 septembre 2008, et les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: fragilité psychologique, difficulté à gérer le stress, effondrement des ressources d'adaptation et absence de conscience de morbidité. L'atteinte principale à la santé consistait en un trouble affectif bipolaire avec symptôme psychotique versus trouble schizo-affectif type maniaque.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 1^{er} septembre 2010 au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du même jour, l'assurée décrivait une certaine stabilité depuis qu'elle était sortie de sa dernière hospitalisation à [...] en septembre 2009. Elle y avait été hospitalisée presque deux années, soit de septembre 2008 à avril 2009, puis de juillet 2009 à septembre 2009. Au quotidien, elle se sentait très fatiguée et son énergie devait être savamment dosée pour ne pas tomber dans l'aspect maniaque de sa maladie. L'assurée travaillait avec son époux comme employée de commerce à raison de 15 heures par semaine jusqu'à son arrêt maladie en 2008. Depuis le 1^{er} janvier 2010, elle avait repris son activité à l'imprimerie de son époux à raison de 5 heures hebdomadaires en moyenne. L'enquêtrice proposait de retenir un statut de 36% active et 64% ménagère, avec la motivation suivante:

«Le jour de l'enquête nous découvrons que Mme W._____ a toujours travaillé auprès de son mari qui tient une imprimerie à [...] depuis 1978, à raison de 15 heures hebdomadaires. En effet, selon les CI [comptes individuels] Mme W._____ ne cotise plus depuis

1977. Toutefois elle est active auprès de son mari depuis l'ouverture de l'imprimerie en 1978. [...]

En bonne santé, l'assurée aurait repris son taux de 36% active auprès de son mari. Elle travaille à l'heure actuelle environ 5 heures par semaine.»

S'agissant des empêchements ménagers rencontrés par l'assurée, l'enquêtrice a retenu qu'ils étaient de 30% s'agissant de l'alimentation, de l'entretien du logement et de la lessive/entretien des vêtements, et de 50% s'agissant des emplettes et courses diverses (l'intéressée n'étant pas en mesure de faire ses courses seule, la foule étant un facteur stressant). L'invalidité totale au plan ménager était ainsi évaluée à 27.5%.

Le 8 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, aux termes duquel il lui reconnaissait le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 54%, avec la motivation suivante:

«Selon nos observations, vous continueriez d'exercer votre activité à 36% sans problème de santé. Les 64% restants correspondent à vos travaux habituels.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail et des empêchements dans la tenue de votre ménage depuis le 10 septembre 2008. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI précité.

A l'échéance du délai en question, soit au 10 septembre 2009, votre incapacité de travail est considérée comme totale dans toute activité lucrative.

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 27.50%.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant:

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	36%	100.00%	36.00%
Ménagère	64%	27.50%	17.60%
Degré d'invalidité			53.60%»

L'assurée a fait part de ses observations sur ce projet de décision par courrier du 30 octobre 2010 à l'OAI. En substance, elle faisait

valoir qu'elle n'avait jamais retrouvé le tonus ni l'énergie qui précédaient sa première hospitalisation. Sa maladie avait bouleversé ses futurs projets professionnels, dans la mesure où elle aurait voulu retrouver une place de travail à responsabilité une fois ses enfants plus âgés. Elle indiquait encore avoir expliqué à l'enquêtrice que même si elle était présente 4 à 5 heures par semaine dans l'entreprise de son époux, elle ne pouvait pas travailler plus de deux heures par semaine. Elle précisait que compte tenu des médicaments qui lui étaient administrés, elle ne parvenait pas à tenir son ménage sans l'aide de son époux, sans l'aide duquel elle ne pouvait par ailleurs pas faire les courses, et qu'elle était très fatiguée.

Par décision du 25 novembre 2010, à laquelle était jointe une motivation du 22 novembre 2010, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 octobre 2010.

B. Par acte du 10 décembre 2010, W._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente entière. En substance, elle fait valoir que le Dr P._____ a conclu dans son rapport médical de janvier 2010 à une incapacité de travail de 70 à 80% pour l'ensemble des activités, sans distinction entre activité professionnelle et ménagère. En outre, sans sa maladie, elle aurait pu accorder plus de place au travail, en expliquant à titre d'exemple qu'un poste d'assistante lui avait été proposé en janvier 2003 par le directeur d'une caisse-maladie. Elle avait pourtant décliné cette offre, dès lors qu'elle avait perdu confiance en elle, et avait été à nouveau hospitalisée quatre mois plus tard.

Le 31 janvier 2011, le Dr P._____ a adressé à la Cour de céans un courrier concernant sa patiente. Il s'interrogeait sur le calcul auquel l'Office intimé avait procédé, en relevant que si elle était en bonne santé, sa patiente aurait vraisemblablement exercé une activité professionnelle, en dehors de l'entreprise de son époux, à des taux supérieurs à 50%, ce d'autant qu'elle n'avait plus de charge éducative. Depuis ses deux derniers séjours en hôpital psychiatrique entre septembre

2008 et novembre 2009 (avec une interruption de quatre mois entre avril et juillet 2009), son évolution était caractérisée par un ralentissement psychomoteur persistant et une lenteur avec fatigabilité, ne lui permettant de s'acquitter que de manière très prudente et mesurée de quelques tâches de ménage.

Dans sa réponse du 16 février 2011, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 2 mars 2011, la recourante explique avoir fait savoir à l'enquêtrice qu'une année après la naissance de son premier enfant, en juin 1978, son époux et elle-même avaient ouvert une imprimerie en raison individuelle. Elle avait alors recommencé à travailler à domicile pour leur entreprise. Une proposition d'embauche dans une gérance lui avait été faite en 1985, qu'elle avait déclinée car ses enfants étaient trop jeunes et qu'elle s'intéressait avant tout à son entreprise en pleine expansion. En 1989, elle avait commencé à travailler à l'extérieur, dans son entreprise, et non plus à domicile. Elle et son époux travaillaient alors, selon ses dires, 15 heures par jour chacun. Ensuite, en raison de stress et de la maladie de son beau-père, puis de sa belle-mère, elle avait été hospitalisée à [...] une première fois en 1994, puis une deuxième fois en 1999. Quant à ses ambitions professionnelles, elle envisageait de trouver un travail à l'extérieur de l'imprimerie pour apporter un salaire, laissant entendre que sa maladie l'en avait empêchée. Elle précisait enfin avoir travaillé de 1968 à 1977, et de 1977 à 2008, malgré sa maladie.

Dans sa duplique du 19 avril 2011, l'OAI propose à nouveau le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Interjeté le 10 décembre 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en

temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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 litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un degré supérieur à celui que lui reconnaît la décision attaquée, ce qui revient à examiner si c'est à bon droit que l'OAI l'a considérée comme active à 36% et ménagère à 64%, étant admis et non contesté que sa capacité de travail est nulle tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

3. a) Un assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et

la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

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).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de

l'assuré, il faut notamment tenir 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. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194 consid. 3b; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2 et 125 V 146 consid. 5c/bb; arrêts 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 5.1.2) (cf. ATF 137 V 334 c. 3).

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'invalidé). 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 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'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 130 V 61; 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).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93; arrêt 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements

de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; arrêt I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (arrêt I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

b) 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, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (cf. art. 29 al. 1 LAI).

c) 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; arrêt 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; arrêt 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

4. En l'espèce, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 54% à compter du 1^{er} septembre 2009. Il a retenu que le trouble affectif bipolaire dont souffre la recourante entraîne une incapacité de travail de 100% dans toute activité professionnelle depuis septembre 2008. La part consacrée à ce champ d'activité a été fixée à 36%. Il a en outre constaté que l'assurée présentait un empêchement ménager de 27.5%, la part ménagère ayant été arrêtée à 64%.

Or la recourante soutient que c'est à tort que l'Office intimé a estimé qu'elle n'exercerait, sans atteinte à la santé, une activité professionnelle qu'à hauteur de 36%. Si son état de santé le lui avait permis, elle fait valoir qu'il est évident qu'elle aurait augmenté son taux d'activité. Elle se prévaut en outre de ce que ses empêchements ménagers sont en réalité de 70% à 80%, en se référant au rapport médical de son psychiatre traitant de janvier 2010 à l'OAI.

a) Il convient en premier lieu de constater que la recourante a été hospitalisée du 10 septembre 2008 au 9 avril 2009, puis du 20 juillet au 6 novembre 2009 auprès de l'Hôpital psychiatrique de [...], soit durant 10 mois et demi. Lorsqu'elle est sortie de l'hôpital en avril 2009, elle s'est installée dans un studio, où elle recevait des visites régulières à domicile par une infirmière du CMS (cf. rapport médical des Drs N._____ et

V._____ du 9 juin 2009). Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la brève sortie de l'hôpital entre avril et juillet 2009 ne constitue pas une interruption de l'incapacité de travail. A l'époque, la recourante vivait dans un studio et était en conflit avec son époux; elle contestait l'indication à sa dernière hospitalisation et n'était que partiellement consciente de sa maladie. A lecture du rapport du Dr P._____ du 15 janvier 2010, il apparaît que ce n'est qu'en septembre-octobre 2009 qu'elle est sortie de sa dernière très longue décompensation maniaque, et parfois mixte.

Lors du dernier épisode maniaque, elle avait conçu le projet d'un divorce, qu'elle a maintenu pendant plus d'une année, jusqu'à y renoncer finalement quand elle est revenue à son état à peu près normal. Elle a eu rétrospectivement très peur de ce dernier épisode et de ses conséquences, notamment sur son mari et sa famille.

Il ressort également d'une lettre du 30 octobre 2010 qu'au cours de l'été 2009, la recourante avait rompu tout contact avec sa famille, renonçant notamment à se rendre au mariage de son fils. Elle en tire, a posteriori, un grand sentiment de culpabilité.

Par la suite, les médecins du SMR ont estimé à 100% l'incapacité de travail de la recourante dans toutes les activités, autant habituelles qu'adaptées, le pronostic étant hautement défavorable.

Au regard de l'ensemble de ces circonstances, force est de constater que la recourante a traversé un long épisode de décompensation maniaque, dès le mois de septembre 2008 et qu'elle n'a pas recouvré de véritable capacité de travail et accompli ses tâches habituelles avant sa sortie de l'Hôpital de [...] en novembre 2009. En particulier, on ne peut pas considérer que la brève période passée dans un studio entre le 9 avril et le 20 juillet 2009, avec le contrôle régulier d'une infirmière, marquait une interruption de la décompensation maniaque et un retour durable à une capacité de travail notable.

Dans ces conditions, il convient d'allouer à la recourante une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2009 et jusqu'au 28 février 2010, soit trois mois après la sortie de l'Hôpital de [...] (cf. art. 88a al. 1 RAI).

Précisons en outre que la demande de prestations a été déposée le 26 février 2009. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations, soit en l'occurrence le 26 août 2009. Théoriquement, la recourante pourrait avoir droit à une rente d'invalidité déjà pour le mois d'août 2009. Dans la mesure où il est établi que depuis l'hospitalisation à [...], elle était «suffisamment» invalide pour avoir droit à une rente entière de l'OAI, il n'est pas exclu qu'un complément d'instruction (cf. consid. 5a infra) puisse établir que la maladie psychique empêchait déjà la recourante d'exercer toute activité une quinzaine de jours avant l'hospitalisation du 10 septembre 2008.

b) S'agissant de la répartition des tâches entre la part active et la part ménagère, il n'est pas contesté que la recourante a présenté son premier épisode de décompensation maniaque en 1994, alors qu'elle était âgée de 44 ans. Il n'est pas non plus contesté que l'entreprise de son époux a été fondée en 1978. Il ressort de l'instruction qu'entre 1978 et 1994, la recourante a travaillé dans cette entreprise. Si elle allègue dans ses écritures avoir renoncé à prendre un emploi à l'extérieur de cette société en 1985 du fait du jeune âge de ses enfants, elle aurait été en mesure de le faire dans le début des années 1990, alors que ses enfants n'étaient plus en bas âge, et avant que n'apparaissent ses problèmes de santé. Elle n'a pourtant pas entrepris de démarches dans ce sens, semblant s'être contentée de cette situation. Sur le point de savoir combien d'heures par semaine elle consacrait à son activité au sein de l'imprimerie de son époux, la recourante a indiqué sur le formulaire 531bis une moyenne hebdomadaire de 16 heures. Elle a également déclaré à l'enquêtrice avoir travaillé à raison de 15 heures par semaine dans l'entreprise de son époux depuis 1978. Dans ces circonstances, il convient

de constater que c'est à juste titre que l'intimé a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, en présence d'une recourante qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative avant d'être atteinte dans sa santé. L'intimé était par ailleurs fondé à retenir une part active de 36%, qui n'apparaît pas critiquable compte tenu des circonstances rappelées ci-dessus, et permettant de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante travaillait en moyenne 15 heures par semaine dans l'entreprise de son époux avant son atteinte à la santé.

c) Cela étant, se pose la question de la valeur probante de l'enquête ménagère effectuée le 1^{er} septembre 2010 au domicile de la recourante, laquelle retient un taux d'invalidité de 27.5% dans la tenue du ménage. Certes le rapport d'enquête du 1^{er} septembre 2010 fixe l'ampleur de la limitation rencontrée par la recourante dans chaque domaine entrant en considération et a été établi par une personne qui a l'habitude d'effectuer de telles enquêtes. Cela étant, ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 3a supra), en présence de troubles psychiques, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (arrêts 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1, in VSI 2004 p. 137).

En l'espèce, il est constant que la recourante souffre depuis longtemps d'une maladie grave, qui l'a amenée à être longuement hospitalisée. De l'avis de tous les médecins, le pronostic est réservé, voire hautement défavorable. Ainsi le rapport du SMR du 22 mars 2010 retient une incapacité de travail totale dans toutes les activités. Le Dr P. _____ qualifie la recourante d'«anosognosique» (personne qui ignore sa maladie): il est ainsi possible qu'entre deux décompensations/hospitalisations, elle se sente à même d'accomplir des tâches ménagères, ce qui ne signifie pas qu'elle soit médicalement apte à gérer un ménage (d'autant que selon le rapport médical des Drs N. _____

et V. _____ du 9 juin 2009, tout stress est susceptible de provoquer une décompensation).

Il découle de ce qui précède que, vu la gravité de la maladie de la recourante, il convient de déterminer si, du point de vue médical, l'incapacité totale dans toutes les activités reconnue par le SMR implique également une incapacité d'effectuer des tâches ménagères. Or à cet égard, le rapport du SMR du 22 mars 2010 est incomplet, ou à tout le moins ses conclusions le sont-elles, dans la mesure où les psychiatres de ce service n'ont pas analysé la problématique globale de la recourante, savoir sa capacité éventuelle à effectuer les tâches ménagères. Les pièces médicales au dossier ne permettent dès lors pas de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de la recourante et sa capacité dans l'exercice des tâches ménagères.

5. a) Au vu des circonstances du cas d'espèce, il apparaît justifié de renvoyer le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. A cet égard, il appartiendra à l'office intimé soit de faire convoquer l'assurée par les médecins du SMR, soit d'ordonner une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant (art. 44 LPGGA). Cela étant, il est précisé que le droit à la demi-rente (au moins) n'est pas discuté et doit à tout le moins être maintenu.

b) En définitive, le recours doit être admis. La décision attaquée, en tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} septembre 2009 au 28 février 2010, doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité, et, en tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} au 31 août 2009 ainsi que sur la période postérieure au 28 février 2010, doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt, le droit à la demi-rente (au moins) étant maintenu.

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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. La recourante, qui a procédé seule, n'a pas droit à des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD; 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
- II. En tant qu'elle porte sur la période du 1^{er} septembre 2009 au 28 février 2010, la décision rendue le 25 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que W. _____ a droit à une rente entière d'invalidité.
- III. Dans la mesure où elle porte sur la période du 1^{er} au 31 août 2009, ainsi que sur la période postérieure au 28 février 2010, la décision rendue le 25 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants, le droit à la demi-rente étant maintenu.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- W. _____
- 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 :