

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 février 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

A.T. _____, à [...], recourante,

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) A.T._____, née en [...],[...] de formation, puis titulaire d'un diplôme d'employée de commerce, a travaillé au secrétariat du cabinet médical de son mari.

Le 6 novembre 2008, elle a déposé une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente, en raison de "*fibromyalgie + douleurs "sciatiques" puis lymphome osseux (vertèbres) puis insuffisance cardiaque (complications de chimio)*" entraînant une incapacité totale de travail dès le 1^{er} janvier 2007. Elle a précisé que son activité au sein du cabinet médical de son époux consistait en une collaboration au revenu du couple sans salaire défini précisément. Le 9 novembre 2008, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle n'aurait pas travaillé à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage. Elle a ajouté qu'elle avait collaboré dans le cabinet médical de son mari avant son atteinte à la santé, à raison de 4 à 5 heures en moyenne par semaine en qualité d'employée de bureau, aide médicale et femme de ménage (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 20 novembre 2008, le Dr R._____, spécialiste FMH en cardiologie, a estimé que les diagnostics d'insuffisance cardiaque II à III NYHA (classification New York Heart Association) sur cardiomyopathie toxique et de lymphome malin non hodgkinien à grandes cellules high grade stade IV n'avaient aucune influence sur la capacité de travail de sa patiente. Il a toutefois attesté une totale incapacité de travail depuis janvier 2008, ajoutant que l'activité habituelle n'était pas exigible, une amélioration de sa capacité de travail n'étant pas attendue.

Dans un rapport médical du 21 novembre 2008, le Dr C._____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics suivants :

"Diagnostics avec effet sur la capacité de travail

Fibromyalgie	2001
Lymphomes B stade 4 intra-osseux en L3 et D10	Janv. 2008
Insuffisance cardiaque globale sur cardiomyopathie à la Doxorubicine	Août 2008
Paresthésie-dysesthésie post chimiothérapie	Mai 2008

Diagnostics sans effet sur la capacité de travail

Syncope vaso-vagale sur hypersensibilité du sinus carotidien	Début 2008
Côlon spastique (très ancien)	
Status après cholécystectomie	1995".

Il a estimé que si le lymphome restait en rémission et que si l'on observait une amélioration progressive de l'insuffisance cardiaque, il était possible que sa patiente puisse retrouver une capacité de travail ne dépassant toutefois vraisemblablement pas 10 %. Le Dr C._____ a joint à son rapport divers documents médicaux. Ainsi, dans un rapport du 28 décembre 2007 adressé à la Dresse K._____, spécialiste FMH en rhumatologie, les Drs F._____ et J._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant au Service d'hématologie du hôpital V._____, ont précisé que le lymphome avait été mis en évidence en date du 13 novembre 2007, lequel était à l'origine des douleurs dorsales de la patiente. Dans une note du 22 octobre 2008, les Dresses F._____ et W._____, médecin assistant, ont indiqué qu'aucun argument ne plaiderait actuellement en faveur d'une récurrence. La persistance d'une paresthésie au niveau des membres inférieurs et supérieurs était sans répercussion au niveau des activités de la vie quotidienne. Dans un rapport du 8 octobre 2008 adressé au Dr C._____, le Dr R._____ a relevé que le traitement de soutien de l'insuffisance cardiaque restait indispensable. Le praticien n'a pas exclu que la fonction systolique puisse s'améliorer avec le temps, mais il n'y avait aucun facteur clinique ou paraclinique prédictif d'une telle récupération.

Dans le cadre d'un questionnaire de l'employeur rempli le 19 décembre 2008, le Dr B.T._____, médecin [...] et époux de l'assurée, a confirmé qu'il n'y avait pas de contrat de travail, mais qu'il s'agissait d'une collaboration à l'acquisition d'un revenu commun. Avant son atteinte à la santé, soit jusqu'à fin 2006, son épouse oeuvrait ainsi en qualité de

maîtresse de maison et collaborait à la bonne marche d'un cabinet médical [...].

Dans un rapport médical du 23 mars 2009, le Dr X._____, médecin assistant au Service d'hématologie de l'hôpital V._____ a estimé que les diagnostics de lymphome B à grandes cellules, d'insuffisance cardiaque sur cardiomyopathie sur cardiotoxicité médicamenteuse et d'infiltration lymphomateuse D10 et L3 avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a attesté une totale incapacité de travail dès le mois de décembre 2007, ajoutant que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité habituelle, ni à une amélioration de la capacité de travail de l'intéressée.

b) Au vu de ces éléments, l'OAI a 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 2 avril 2009 (rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 avril 2009), l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % active et 50 % ménagère, en mentionnant ce qui suit :

"L'assurée est mariée et mère de 3 enfants adultes nés en [...] et [...] (jumeaux). Mme A.T._____ a collaboré pendant de nombreuses années au cabinet de son époux médecin sans salaire. Au 531bis, elle déclare qu'elle ne travaillerait plus si elle était en bonne santé. Le jour de l'enquête l'assurée explique qu'elle a toujours travaillé avec son mari médecin. Elle assumait un travail à 50 %, mais depuis sa maladie elle ne peut assumer qu'un 10 %. Elle déclare qu'en bonne santé aujourd'hui, elle assumerait le même travail qu'avant son atteinte à la santé soit un 50 %".

Dans le cadre de la collaboration dans l'entreprise du conjoint, l'enquêtrice a noté que le nombre de collaborateurs n'avait pas varié avant et après l'atteinte à la santé de l'intéressée. Actuellement, les tâches de l'assurée se limitaient à la supervision et à la gestion du quotidien du cabinet (3 heures), alors qu'auparavant, elle s'occupait de la réception et de la prise de rendez-vous, la distribution de médicaments, la gestion du personnel et des vacances/absences, ainsi que de

l'administration et du secrétariat. Sur ce point, le mari de l'assurée a expliqué que des pertes allaient être visibles sur la comptabilité 2008 et 2009. En effet, selon lui, il devait aider davantage sa femme dans la gestion des tâches ménagères et par conséquent, il ne pouvait plus prendre autant de patients qu'avant l'atteinte à la santé de son épouse. L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 38.5 %.

Dans un courrier du 2 avril 2009 au Dr C._____, le Dr R._____ a constaté une amélioration de la dysfonction systolique VG d'une cardiopathie gauche dilatée toxique (FeVG [fraction d'éjection du ventricule gauche] = 43 %) et une normalisation de la pression artérielle pulmonaire (PAP) systolique (30-35 mm Hg), mais avec une persistance de signes indirects d'élévation de la pression télédiastolique du ventricule gauche (PTDVG), l'insuffisance cardiaque clinique étant de stade II NYHA.

Dans un rapport médical du 27 mai 2009, le Service d'hématologie de l'hôpital V._____ a attesté une incapacité totale de travail en raison d'une cardiomyopathie médicamenteuse sur Doxorubicine avec insuffisance cardiaque stade III avec FeVG à 30 %.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 8 juillet 2009, le Dr L._____ a considéré que l'exigibilité était nulle dans toute activité du monde de l'économie depuis janvier 2008 d'abord en raison du lymphome et de son traitement, puis du fait de la cardiopathie sur anthracycline.

c) Par projet de décision du 27 octobre 2009, l'OAI s'est prononcé dans le sens de l'octroi à l'assurée d'un trois-quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI. L'OAI a en effet considéré qu'il ressortait de ses observations que l'assurée devait être considérée comme active à 50 % et ménagère à 50 %. Compte tenu d'un empêchement de 100 % dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 38.5 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité

globale se montait à 69.25 % (50 % + 19.25 %), ce qui ouvrait le droit à un trois quarts de rente dès le 1^{er} décembre 2008.

Par décision formelle du 16 février 2010, l'OAI a accordé un trois quarts de rente à partir du 1^{er} mars 2010 en se fondant sur un taux d'invalidité de 69 %. Par décision du 19 mars 2010, l'OAI a alloué les mêmes prestations à titre rétroactif pour la période allant du 1^{er} décembre 2008 au 28 février 2010.

B. a) Par actes des 19 mars 2010 (AI 119/10) et 11 avril 2010 (AI 145/10), A.T. _____ interjette recours contre les décisions précitées. Elle conclut à l'octroi d'une rente entière et à la reconnaissance d'une incapacité totale de travail dès le début de l'année 2007. Elle soutient avoir souffert de douleurs importantes dès la période précitée, qui sont devenues invalidantes jusqu'après le traitement mis en œuvre en 2008. Elles ont été tout d'abord attribuées à une fibromyalgie, puis à une infiltration tumorale et à des fractures consécutives. La prise en charge oncologique a fait disparaître les douleurs rhumatologique et orthopédique qui avaient été mises en évidence par la Dresse K. _____, qui n'a finalement pas été interrogée, car elle n'était plus en traitement auprès de cette praticienne au moment de l'instruction de la demande AI. L'assurée fait enfin état d'empêchements ménagers plus importants au minimum de 40 %, l'enquêtrice ayant fait preuve d'un grand optimisme dans le cadre de son évaluation.

b) Le 20 avril 2010, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 119/10 et AI 145/10.

c) Dans sa réponse du 1^{er} juin 2010, l'Office AI relève, s'agissant de la fibromyalgie, que la recourante ne remplit pas les conditions jurisprudentielles selon lesquelles un effort de volonté n'est pas raisonnablement exigible. En effet, il ressort des pièces médicales au dossier que la recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

L'intimé a dès lors conclu que le rapport d'enquête économique sur le ménage n'avait pas tenu compte à juste titre de la fibromyalgie en tant que telle. La grande fatigabilité avait été toutefois prise en considération (chiffre 1 de l'enquête), contrairement à l'opinion de la recourante. L'office AI propose donc le rejet du recours.

d) Dans sa réplique du 28 juin 2010, la recourante critique la date du début de l'atteinte à la santé, qui remonte selon elle à 2007. Elle ajoute que si elle a parlé de fibromyalgie, c'était pour expliquer les motifs pour lesquels elle avait tardé à prendre le mal au sérieux, mettant sur le compte de ce diagnostic les ennuis qu'elle subissait en raison d'un lymphome. Elle estime dès lors nécessaire qu'un rapport médical soit demandé à la Dresse K._____, qui a posé le diagnostic de sa maladie et qui l'a d'ailleurs fait hospitaliser à l'hôpital V._____ les 7 et 8 novembre 2007. Les Drs C._____ et R._____ pourront préciser son état de santé si un rapport circonstancié leur est demandé.

e) Dans sa duplique du 30 juillet 2010, l'intimé confirme ses conclusions en faisant valoir que sa décision a été rendue sur la base d'un examen complet des pièces médicales du dossier. Aucune pièce ne permet d'attester qu'il faille retenir le début de l'année 2007 comme date déterminante.

E n d r o i t :

1. 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 en principe à l'AI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours devant le 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, formé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales, cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours déposé le 19 mars 2010 contre la décision du 16 février 2010 est recevable, de même que celui déposé le 11 avril 2010 contre la décision du 19 mars 2010.

2. L'Office AI a rendu deux décisions formelles, l'une pour la période écoulée (décembre 2008 à février 2010) et l'autre pour le futur (dès mars 2010). Les deux décisions fixent ensemble le droit à la rente et elles sont fondées sur les mêmes constatations et appréciations. C'est pourquoi les deux recours ont été joints. Les griefs de la recourante doivent être examinés en relation avec les deux décisions attaquées. La recourante soutient qu'elle a droit à une rente entière en lieu et place d'un trois quarts de rente et que son atteinte à la santé a débuté en 2007.

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).

3. 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) L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Aux termes de l'art. 6 LPGA, l'incapacité de travail se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir, dans sa profession ou dans 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 revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels (art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité établie (CIIAI), p. 69, no 3081 ss). La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que la personne assurée ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité et examinera si la personne doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activités). Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à la personne assurée par des tiers (par exemple par des parents, voisins ou aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (ATF 130 V 97).

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels, lequel est déterminé au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas

de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.2; TFA I 794/04 du 1^{er} mai 2006 consid. 6.2 et les références citées).

c) 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 (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2; I 733/06 du 16 juillet 2007 consid. 4.2.1). 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).

4. a) En l'occurrence, l'intimé a considéré que si la recourante avait été en bonne santé, elle aurait continué à consacrer 50 % de son temps à l'exercice de son activité professionnelle et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels, élément qui n'est pas été contesté par la recourante. L'intimé a en outre retenu que le degré d'invalidité global présenté par la recourante ne donnait droit qu'à un trois quarts de rente de l'assurance-invalidité. D'après les renseignements médicaux versés au dossier, elle présentait ainsi une capacité résiduelle de travail de 50 % et une perte de gain de 100 %. Compte tenu également d'une entrave de 38.5 % dans l'accomplissement des travaux habituels, on parvenait à un taux d'invalidité global de 69.25 % ($[0.5 \times 100 \%] + [0.5 \times 38.5 \%]$).

b) Dans son recours, l'assurée est d'avis que les d'empêchements ménagers sont plus importants que ceux retenus par l'enquêtrice, soit largement au-dessus de 40 %. Elle allègue ainsi devoir rester couchée quatre à cinq jours par mois en raison d'une baisse de pression ou de difficultés respiratoires et ne plus être en mesure de conduire.

L'argumentation de la recourante ne permet toutefois pas d'admettre que le taux global d'invalidité ménagère retenu par l'intimé aurait dû être plus élevé, si bien qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction ni d'adapter les taux retenus. En effet, l'incapacité de travail de 100 % retenue par le SMR et les médecins traitants, en raison des atteintes à la santé, se rapporte uniquement à l'activité de collaboratrice dans le cabinet médical du conjoint. Leur appréciation ne concerne pas les tâches ménagères de la recourante, pour lesquelles les empêchements sont déterminés sur la base d'une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a constaté que la recourante ne peut pas accomplir les gros travaux ménagers qui sont assumés par une femme de ménage et qu'elle sollicite l'aide de son mari pour les achats importants et pour étendre les grosses pièces de linge. L'aide du mari ne saurait être considérée comme déraisonnable, aucun élément ne donnant à penser qu'il soit pénalisé dans son activité professionnelle ou restreint dans ses loisirs. Ces éléments justifient un taux d'invalidité de 38.5 % qui résulte des observations de l'enquêtrice et des déclarations de la recourante. Si la fatigue peut induire chez l'assurée un certain ralentissement dans l'accomplissement des tâches ménagères, celle-ci peut être compensée par une meilleure répartition des tâches au cours de la journée et de la semaine. Contrairement à ce que soutient la recourante, une telle façon de voir les choses est conforme en tous points à la jurisprudence. Ainsi, au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail appropriée, de répartir son travail en fonction de ses aptitudes et de ses disponibilités et de demander, dans la mesure du raisonnable, l'aide de ses proches (TF 9C_328/2009 du 8 septembre 2009, consid. 3.3.2, ATF 133 V 504, consid. 4.2 p. 509 et les références).

c) Il résulte de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé de s'être fondé sur les résultats de l'enquête économique sur le ménage. En effet, en retenant un empêchement global de 38.5 % dans l'accomplissement des travaux habituels, l'enquête économique sur le ménage tient compte des limitations physiques présentées par la recourante consécutives à son atteinte à la santé, au regard du soutien que peut lui apporter son mari et du temps dont elle dispose pour répartir les différentes tâches qu'elle doit assumer au titre de ses travaux habituels. Enfin, il convient de relever que l'intimé, lors de l'évaluation de la part active, a été bienveillant à l'égard de la recourante en estimant à 100 % l'empêchement d'assumer son activité professionnelle. En effet, dans le cadre de l'enquête sur le ménage (rapport du 2 avril 2009, point 2), l'assurée a déclaré qu'elle continuait à assumer un 10 % dans le cabinet médical de son mari, lequel se trouvait au rez de chaussée de la maison d'habitation. Cet élément ne remet certes pas en cause l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité, mais augmente l'écart entre le taux d'invalidité minimal pour l'octroi d'une rente entière (soit 70 %) et celui présenté par la recourante.

5. Dans un second moyen, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu le mois de décembre 2007 comme début de l'incapacité de travail. Elle indique avoir souffert à tout le moins dès la fin 2006 de douleurs progressives et invalidantes de type rhumatologique et orthopédique qui ont été attribuées à tort à une fibromyalgie, alors qu'elles étaient en rapport avec un lymphome touchant les vertèbres. Il y a dès lors lieu de déterminer à partir de quand l'atteinte à la santé de la recourante a entravé son activité professionnelle.

a) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une

demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5, consid. 2b p. 9, 126 V 157 consid. 3a p. 160, 118 V 79 consid. 3a p. 82 et les références).

S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 129 V 411, consid. 2.1 p. 418, 127 V 294 consid. 4b/bb p. 297, 119 V 98 consid. 4a p. 102). Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (l'éventualité prévue à la let. a n'étant pas pertinente ici), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable.

b) In casu, il ressort de l'ensemble des pièces du dossier que l'assurée a bénéficié d'une cure de chimiothérapie intra thécale et systémique entre janvier et juin 2008 et a présenté une dysfonction du ventricule gauche (VG) sévère de 20 à 25 % sur une cardiomyopathie toxique due à l'Adriamycine. Au vu de ces éléments, le Dr R. _____ a attesté une totale incapacité de travail dès janvier 2008 (rapport médical du 20 novembre 2008), élément corroboré par le Dr C. _____ (médecin traitant de l'assurée depuis le 1^{er} septembre 1998) qui a précisé que cette période correspondant au début de la chimiothérapie (rapport médical du 25 novembre 2008).

Autre est la question de savoir si le changement de tropisme et d'intensité des douleurs dorsales habituelles dont a fait état l'assurée au début de l'année 2007 (rapport médical du 28 décembre 2007 des Drs F. _____ et J. _____) a pu empêcher l'assurée d'assumer son activité professionnelle et d'accomplir ses tâches ménagères. Sur ce point, le Dr C. _____ a estimé qu'avant le début du traitement, la capacité de travail de sa patiente ne dépassait pas les 10 à 20 %, laquelle avait d'ailleurs besoin d'une aide au ménage (rapport médical du 25 novembre 2008, point 1.6). Dans sa demande de rente du 10 novembre 2008,

l'assurée a fixé le début de son incapacité de travail au 1^{er} janvier 2007, élément qui ressort également du questionnaire pour l'employeur rempli le 19 décembre 2008. Toutefois, en l'absence de versement de salaire et compte tenu du fait que l'employeur est l'époux de l'assurée, ces documents ne sauraient emporter la conviction.

c) Au vu des éléments décrits ci-dessus, il s'avère que seul le Dr C. _____ a pu fournir quelques éléments sur la capacité de travail de l'assurée avant que le diagnostic de lymphome malin non hodgkinien à grandes cellules high grade stade IV ne soit posé. Toutefois, les renseignements fournis sont lacunaires et ne permettent pas de savoir si le tableau douloureux invalidant dont a fait état l'assurée dès janvier 2007 peut être exclusivement attribué au diagnostic précité ou à une fibromyalgie. L'intimé aurait dû instruire ce point, afin de lever l'incertitude qui régnait au sujet d'une éventuelle répercussion de ce lymphome sur la capacité de travail de l'assurée dès janvier 2007. L'intimé devait en particulier déterminer si l'assurée était en mesure d'assumer une quelconque activité professionnelle, voire accomplir ses tâches ménagères, le Dr C. _____ ne s'étant pas véritablement prononcé quant au taux de capacité de travail, voire à une éventuelle baisse de rendement. Il aurait été ainsi utile de se renseigner auprès de la Dresse K. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a suivi l'assurée en 2007, le rapport du 28 décembre 2007 des Drs F. _____ et J. _____ lui ayant été adressé.

L'intimé a cependant préféré statuer en l'état, sans chercher à élucider ces points essentiels. Ce faisant, il a constaté les faits de façon sommaire et a failli à son devoir de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA et 69 al. 2 RAI). Par conséquent, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant aux conséquences des atteintes somatiques sur la capacité de travail de la recourante dans toute activité durant l'année 2007. L'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de trancher le litige à satisfaction de droit.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit toute mesure utile au regard des éléments précités, puis qu'il rende une nouvelle décision sur l'éventuel droit aux prestations antérieurement au 1^{er} décembre 2008, le droit à un trois quarts de rente de la recourante devant à tout le moins être maintenu dans le sens des considérants précités.

6. Au vu de ce qui précède, la décision du 16 février 2010 relative à l'octroi d'un trois quarts de rente dès le 1^{er} mars 2010 est confirmée. Quant à la décision du 19 mars 2010, elle devra être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction, le droit de la recourante à un trois quarts de rente du 1^{er} décembre 2008 au 28 février 2010 étant maintenu.

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. 1 bis LAI). 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. La recourante voit ses conclusions partiellement rejetées, pour la période débutant le 1^{er} décembre 2008. Elle encourt par conséquent des frais de justice réduits, qu'il y a lieu de fixer à 200 francs. N'étant pas représentée par un mandataire professionnel dans la présente procédure, la recourante n'a pas droit à une indemnité de dépens.

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

- I.** Le recours formé contre la décision rendue le 16 février 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est rejeté et cette décision est confirmée.

- II.** Le recours formé contre la décision rendue le 19 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est partiellement admis, en ce sens que la décision est annulée et que la cause est renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision, le droit à un trois quart de rente du 1^{er} décembre 2008 au 28 février 2010 étant maintenu.

- III.** Un émolument judiciaire de 200 fr. (deux 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 :

- A.T. _____ (recourante), à [...],
- 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 :