

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 octobre 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mme Pasche et M. Piguet, juges  
Greffière : Mme Monney

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**AZ.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** Le 3 février 2012, AZ.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle invoquait, suite à un AVC [accident vasculaire cérébral], une grande fatigue, une perte de mémoire et une paralysie partielle du côté gauche. Elle indiquait qu'elle exerçait une activité indépendante de gérante d'immeubles à un taux d'environ 50 %.

**B.** Le 1<sup>er</sup> mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI). Sous le point intitulé « Précisions sur le genre d'atteinte à la santé », elle écrivait « AVC. Paralysie partielle de la partie gauche. Grande fatigue. Manque de concentration. Perte de mémoire. ». L'atteinte à la santé existait depuis le 20 janvier 2011.

Dans un certificat médical du 10 mars 2011, le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin-assistant au AB.\_\_\_\_\_ (ci-après : le AB.\_\_\_\_\_), a attesté d'une incapacité de travail du 20 janvier 2011 au 2 mai 2011 et a estimé que la date de la reprise du travail était à réévaluer.

Dans un rapport du 24 mars 2011 adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et Y.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic principal d'AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit d'origine hypertensive le 20 janvier 2011, avec hémisyndrome sensitivomoteur gauche, hémiataxie gauche et discret ralentissement psychomoteur. Les diagnostics secondaires et comorbidités étaient décrits comme suit :

« HTA traitée depuis janvier 2011  
Diabète de type 2 traité depuis janvier 2011  
Hypercholestérolémie traitée  
Déficit en vitamine B12 substituée depuis janvier 2011  
Troubles du comportement alimentaire depuis 2010  
Syndrome anxiodépressif en 2006 avec rechute en 2009  
Migraine sans traitement de fond »

Sous la partie « Synthèse - Evolution et discussion », ces médecins se sont exprimés en ces termes :

« Cette patiente de 51 ans, travaillant comme indépendante dans la gestion immobilière, mariée avec 3 enfants, nous est adressée pour une neuroréhabilitation post AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit d'origine hypertensive le 20.01.2011.

A l'examen d'entrée, l'on retrouve un hémisyndrome sensitivomoteur gauche, une hémiataxie gauche ainsi qu'un discret ralentissement psychomoteur.

Avec la prise en charge physiothérapeutique et ergothérapeutique, Madame AZ. \_\_\_\_\_ marche à présent sans moyen auxiliaire, elle est capable d'emprunter les escaliers seule, sans rampe. Elle a progressivement repris confiance dans la marche, l'équilibre s'étant nettement amélioré. Il persiste toutefois une certaine fatigabilité lors d'efforts soutenus.

Au regard de la bonne progression au cours de l'hospitalisation, le suivi physiothérapeutique et ergothérapeutique ne sera pas poursuivi en ambulatoire.

Sur le plan neuropsychologique, nous notons un discret ralentissement psychomoteur n'apparaissant que lors de certaines tâches, associé à une fatigabilité et à une labilité émotionnelle. Le tableau neuropsychologique évoluant favorablement, une prise en charge pour une rééducation cognitive ne s'avère pas nécessaire. La conduite automobile étant contraindiquée pour le moment, un bilan de contrôle sera réalisé le 16.03.2011, afin de réévaluer cet aspect.

Au cours du séjour, en raison de la présence de nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires, nous demandons un examen ophtalmologique, qui met en évidence un ptérygion bilatéral sans répercussion clinique, traité par Viscotears 4/jour, sans autres anomalies. Nous conseillons à Madame AZ. \_\_\_\_\_ de consulter son ophtalmologue traitant d'ici une année. En raison d'un diabète de type 2, nous conseillons à la patiente le suivi de règles hygiéno-diététiques et instaurons une médication par Glucophage 500mg le matin et 1000mg le soir, dont nous vous laissons le soin d'assurer le suivi.

Afin de dépister un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, nous avons programmé une polygraphie au centre du sommeil le 16.03.2011 à 15h30.

Enfin, en raison d'une carence en vitamine B12 et après avoir exclu une maladie de Biermer par le biais du dosage des anticorps anti-facteur intrinsèque et anti-cellules pariétales, la patiente bénéficie d'une supplémentation par vitamine B12, dont les prochaines injections auront lieu les 25.03.2011, 25.04.2011 et 25.05.2011, après quoi nous vous laissons le soin de réévaluer l'indication de la supplémentation.

D'un point de vue psychologique, la patiente profite de son hospitalisation pour se recentrer sur ces besoins, sans systématiquement tenir compte de manière prioritaire de ceux des membres de sa famille. Rappelons que Madame vit avec son mari et ses deux filles de 18 et 21 ans, qui sont au Gymnase. Son fils aîné (23 ans) effectue des études à [...]. Madame AZ. \_\_\_\_\_ décrit des difficultés d'ajustement relationnel avec son époux et également le jumeau de celui-ci. Nous la soutenons dans une dynamique d'affirmation d'elle-même et de prise en compte de son état de santé, en rappelant la responsabilité de chacun dans l'équilibre familial.

La patiente sera convoquée à la consultation des maladies cérébro-vasculaires à 3 mois, à la consultation des troubles du comportement alimentaire (qui devra coordonner son intervention avec la psychiatre de la patiente) le 29.03.2011 à 10h00 et sera suivie dans notre service à la consultation de Neuroréhabilitation du Dr N. \_\_\_\_\_ le 02.05.2011 à 10h00. D'ici-là elle reste l'arrêt de travail à 100%. »

Dans un certificat médical du 2 mai 2011, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a attesté d'une incapacité de travail du 20 janvier 2011 au 2 mai 2011. L'assurée pouvait reprendre le travail à 50 % le 3 mai 2011.

Dans un rapport du 29 juin 2011, les Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et N. \_\_\_\_\_, ont diagnostiqué un AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit d'origine hypertensive le 20 janvier 2011, avec hémisyndrome parétoataxique gauche et discret ralentissement psychomoteur. Dans la partie « Appréciation » de ce rapport, ils ont relevé ce qui suit :

« L'évolution clinique dans le cadre d'un AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique D le 20.01.2011 semble être stable en s'appuyant sur les données anamnestiques. La plainte principale de la patiente demeure un état de fatigue n'étant toutefois qu'en partie en relation avec l'AVC. Il s'inscrit de manière prépondérante dans le contexte d'un état anxio-dépressif présent depuis plusieurs années et en relation avec un conflit au sein du couple et de la patiente avec ses deux filles adolescentes.

Sur le plan thérapeutique nous recommandons de poursuivre la prise en charge en physiothérapie à la fréquence actuelle à but d'améliorer de la dextérité fine du MSG et d'un reconditionnement global. Le traitement antidépresseur devrait être idéalement accompagné par une thérapie du couple mais le mari ne semble être prêt pour une telle démarche.

En ce qui concerne l'activité professionnelle, le souhait commun du couple est que la patiente puisse continuer à gérer le parc immobilier familial. Compte tenu d'une incapacité de travail de 50% au moins, la patiente sera initialement épaulée par le mari qui se dit également prêt à effectuer la majorité des tâches ménagères.

Nous avons ainsi reconduit l'incapacité de travail partielle à 50 % jusqu'à la date de la prochaine consultation.

[...] »

Dans un rapport médical du 18 octobre 2011, la Dresse R. \_\_\_\_\_ et les psychologues AA. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, ont formulé les observations suivantes :

#### « **PLAINTES ET COMPORTEMENT**

**Plaintes spontanées** : oublis des informations récentes et des rendez-vous palliés généralement par le recours systématique à un agenda et à des post-it. Transformations de mots relevés par les proches (ex. /cornettes/ pour croquettes). Surmenage au travail, fatigabilité intellectuelle marquée nécessitant une sieste quotidienne (entre 1h et 3h). Difficultés à mobiliser le membre supérieur G travaillées lors de séances de physiothérapie (2x par semaine). Maux de tête en fin de journée.

**Plaintes sur questions** : Amélioration de la thymie liée d'une part à une tendance à relativiser les choses depuis son AVC (prend moins les reproches à cœur, sans en être complètement détachée), à un meilleur soutien de la part de ses proches (moins de reproches et de pression, davantage d'aide à la maison) et à une plus grande confiance en elle. Suivi psychiatrique toujours présent. Au niveau de la conduite automobile, ne se sent pas à l'aise, préfère utiliser les transports en commun pour l'instant. Sur le plan de son activité professionnelle, serait plus organisée et plus stratégique, mais précise ne pas réussir à gérer l'ensemble du cahier des charges et être submergée par la quantité de travail en particulier en raison de l'importante fatigabilité. Au domicile, ses proches l'aident beaucoup. **Comportement** : patiente collaborant activement, adéquate dans le contact, légèrement anxieuse, investie dans les épreuves et nosognosique. **Orientation** : préservée aux trois modes. Expression spontanée : fluente et informative.

**Langage** : Lecture et dénomination continues : modérément déficitaires au niveau du temps de réalisation.

**Fonctions mnésiques** : empan auditivo-verbal (Hebb) : limite/normes inférieures en ordre direct et modérément déficitaire en ordre inverse.

**Fonctions exécutives** : Condition stroop des épreuves continues : modérément déficitaire en termes de temps de réalisation. Epreuve des 6 éléments (BADS) : correctement réalisée (score de rang 6). Fluence figurale (Ruff) : à la limite des normes inférieures avec un pourcentage de répétitions non significatif.

**Attention** : Ordination de chiffres : dans les normes inférieures sans fléchissement avec le temps. Double tâche de Baddeley : rapport dans les normes.

Motricité fine (Purdue Pegboard) : asymétrie en défaveur de la main gauche (16 items en MD contre 13 en MG).

### **CONCLUSION**

Ce bilan neuropsychologique d'évolution met en évidence chez cette patiente de 51 ans, collaborante et nosognosique, la persistance de difficultés de mémoire de travail et d'un ralentissement dans les épreuves continues. Nous observons par ailleurs toujours une fatigabilité marquée après une heure trente d'examen, même si nous ne retrouvons plus de fléchissement des performances en cours de tâche à l'ordination de chiffres.

Les capacités en attention divisée sont aujourd'hui normalisées et les capacités d'organisation sont en ordre.

Au vu de la fatigabilité susmentionnée et des difficultés relevées par la patiente anamnestiquement (notamment surmenage professionnel), nous avons conseillé à Mme AZ.\_\_\_\_\_ de recourir à une aide ponctuelle dans son activité professionnelle afin de rattraper le retard accumulé et d'éviter l'épuisement.

**DC : Persistance de difficultés de mémoire de travail, d'un ralentissement dans les épreuves continues et d'une fatigabilité intellectuelle. AVC ischémique lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit (20.01.2011). »**

Par certificat médical du 15 novembre 2011, le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail du 20 janvier 2011 au 2 mai 2011. Il mentionnait une reprise du travail le 3 mai 2011, précisant que la situation devait être réévaluée le 13 mars 2012.

Dans un rapport du 24 novembre 2011, les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont constaté que l'évolution neurologique de leur patiente était globalement stable mais qu'en revanche, cette dernière présentait une aggravation de l'état dépressif. Sur le plan thérapeutique, ils recommandaient d'intensifier le traitement antidépresseur par Cymbalta en augmentant sa posologie et de poursuivre la prise en charge en physiothérapie à la fréquence bi-hebdomadaire.

Dans un rapport du 5 décembre 2011 adressé au Dr N.\_\_\_\_\_, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, et J.\_\_\_\_\_, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics suivants :

« Somnolence diurne en investigation.  
Insomnie avec troubles de maintien du sommeil.

Syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger avec un IAH à 6,2/h (Polygraphie mars 2011).  
AVC lacunaire latéral thalamique droit avec hémisyndrome sensitivomoteur brachio-crural et ataxie gauche (le 20 janvier 2011).  
- FRCV : hypertension artérielle, diabète de type II, hypercholestérolémie.  
Dépression chronique.  
Migraines »

Ces médecins écrivaient ce qui suit dans la partie « Discussion » de leur rapport :

« Mme AZ.\_\_\_\_\_ présente depuis plusieurs années une somnolence diurne avec un sommeil non-réparateur pour lequel nous n'arrivons pas à trouver une explication claire. Le syndrome d'apnées obstructives du sommeil est seulement de degré léger et n'explique pas la somnolence importante. Il n'y a pas d'éléments anamnestiques qui laissent penser à un syndrome de mouvements périodiques des membres ou une narcolepsie. Actuellement, la patiente est surchargée après son AVC par ses problèmes professionnels. En plus, elle a un rythme veille/sommeil déstructuré depuis plusieurs années.

Outre le surmenage de la patiente, l'origine la plus probable de sa somnolence semble être un trouble du rythme circadien. Nous avons donc opté dans un premier temps pour une resynchronisation du rythme veille/sommeil avec un essai de Mélatonine 3 mg avec le souper et au moins une demi-heure d'exposition à une lumière forte d'au moins 10'000 lux le matin (une ordonnance pour une telle lampe a été faite). Mme AZ.\_\_\_\_\_ devrait raccourcir son temps au lit de 22h30 à 6h30 et garder ce rythme aussi le week-end. Afin d'améliorer la qualité du sommeil nocturne, la patiente devrait diminuer les siestes pendant la journée au maximum à 30 minutes et supprimer totalement les siestes devant la télévision. En plus, nous proposerions un essai avec un anti-dépresseur activant le matin, par exemple Efexor 75 mg (jusqu'à 150 mg) en échange du Cymbalta. La patiente en discutera avec vous lors de votre prochaine consultation.

Si ces mesures n'améliorent pas la situation, nous organiserons une polysomnographie afin d'évaluer objectivement la qualité de son sommeil.  
Nous reverrons Mme AZ.\_\_\_\_\_ en janvier 2012 afin de discuter de l'évolution. »

Dans un rapport médical du 22 mars 2012, les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont indiqué ce qui suit, sous la partie « Conclusions, traitement et évolution » :

« L'évolution neurologique est stable, voire légèrement favorable avec un examen neurologique globalement superposable au précédent. Les plaintes principales de la patiente consistent en un

état de fatigue jugé invalidant, un manque de dextérité au MSG et une discrète faiblesse au MIG, des douleurs articulaires aux MSG et MIG ainsi que des difficultés pour maintenir la concentration sur la durée et pour effectuer plusieurs tâches intellectuelles en même temps.

Sur le plan thérapeutique, nous recommandons de poursuivre la prise en charge en physiothérapie et de modifier le traitement antidépresseur en remplaçant le Cymbalta soit par Citalopram (Cipralax 10 mg par jour) avec un meilleur profil d'interaction médicamenteuses, soit par Citalopram 20 mg par jour, ceci bien sûr si son psychiatre traitant n'y voit pas de contre-indications. Sur le plan asséculogique, nous avons prolongé l'incapacité de travail partielle à 50 % jusqu'à la date de la prochaine consultation.

[...] »

Dans un rapport médical du 4 avril 2012 adressé à l'OAI, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit d'origine hypertensive le 20 janvier 2011. Ce médecin constatait notamment une perte de mémoire, de la fatigue, une force de l'hémicorps gauche diminuée et des troubles de l'équilibre. L'évolution était décrite comme stationnaire avec la présence de séquelles probablement permanentes. L'incapacité de travail dans l'activité de gérante d'immeuble était de 100 % du 20 janvier 2011 au 31 janvier 2012 et de 50 % dès le 1<sup>er</sup> février 2012. D'un point de vue médical, l'activité était encore exigible à 50 % avec une diminution de rendement de 50 %. S'agissant des limitations fonctionnelles décrites dans l'annexe au rapport médical, seules les activités uniquement en position assise pouvaient encore être exercées selon le Dr V. \_\_\_\_\_, à un taux de 50 %, soit quatre heures par jour et avec une performance de 50 %. La capacité de concentration était limitée en raison notamment de la perte de mémoire, de la fatigue, de diminution de la force de l'hémicorps gauche et des troubles de l'équilibre. La capacité de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient aussi limitées.

Dans un formulaire de l'OAI complété par l'assurée le 5 avril 2012, cette dernière a indiqué que son taux d'activité, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, serait de 60 % depuis le mois de juillet 2011 dans sa profession de gérante d'immeubles, et cela par nécessité financière, son salaire mensuel s'élevant à 4'000 francs.

Dans son rapport initial du 12 avril 2012, l'OAI a considéré que le maintien de l'activité habituelle semblait en l'état la meilleure solution. Il indiquait que dans l'attente des conclusions du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), respectivement de l'enquête économique pour indépendants, il était souhaitable que l'assurée puisse bénéficier d'un coaching individuel.

Par courrier du 20 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il allait prendre en charge les frais d'un coaching individuel de soutien et d'accompagnement par la société I.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 8 juin 2012, la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit d'origine hypertensive le 20 janvier 2011 avec hémisymdrome paréto-ataxique et sensitif gauche et discret ralentissement psychomoteur, de suspicion de polyneuropathie sensitivoataxante longueur dépendante, de probable origine diabétique et/ou carencielle en vitamine B12, de syndrome d'apnées obstructives du sommeil et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique. Sous la rubrique « Constat médical », ce médecin écrivait ceci :

« Patiente bien orientée, collaborante, consciente de ses handicaps. Elle a des hauts et des bas sur le plan de l'humeur, mais n'est pas vraiment déprimée. Par contre, elle est parfois angoissée parce qu'elle se sent peu de force, subit des coups de pompe incontrôlables où elle doit se coucher, a de la peine à suivre dans le travail nécessaire pour la gérance dont elle s'occupe. Elle a peu d'aide. Son attention et sa concentration ne sont pas toujours bonnes. Elle gère mieux la relation à son mari qui ne la traite pas bien. Cela se passe mieux avec ses enfants. »

La Dresse M.\_\_\_\_\_ était d'avis que sa patiente n'allait pas pouvoir reprendre son activité professionnelle à 100 % pour raison physique, mais qu'elle pouvait travailler à 50 % au maximum. Dans l'annexe psychiatrique au rapport médical, la Dresse M.\_\_\_\_\_ se déterminait comme suit :

La personne assurée a-t-elle fait récemment (< 6 mois) l'objet d'une évaluation globale ou de tests ou a-t-elle répondu à un questionnaire spécifique ? oui non  
 Si c'est le cas, préciser de quel genre et auprès de qui ? voir avec le neurologue au CHUV

A. Quels sont les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte ?

	oui	non	Ne sait pas	Si oui préciser
A.1. Difficultés relationnelles ressenties par le sujet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si fatiguée ou stressée
A.2. Hostilité ou agressivité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.3. Bizarreries du comportement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.4. Difficultés dans la gestion des émotions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.5. Apragmatisme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.6. Difficultés liées aux tâches administratives	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	séparer de l'ARC
A.7. Difficultés pour maintenir l'hygiène personnelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.8. Difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	séparer de l'ARC
A.9. Difficultés dans les déplacements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	" " " fatigue
A.10. Difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coups de pompe
A.11. Difficultés d'organisation du temps	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fatigue
A.12. Difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.13. Hypersensibilité au stress	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A.14. Apparition périodique de phases de décompensation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	possible
A.15. Autres troubles fonctionnels non mentionnés (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**B. Certaines fonctions cognitives liées à l'activité sont-elles limitées ?**

B.1. Capacité d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même  non limitée  limitée; genre: \_\_\_\_\_

B.2. Capacité de concentration/attention  non limitée  limitée; genre: Sépella AVC

B.3. Capacité de compréhension  non limitée  limitée; genre: \_\_\_\_\_

B.4. Capacités mnésiques  non limitée  limitée; genre: non exc neurologie

B.5. Capacité d'organisation/planification  non limitée  limitée; genre: Sépella AVC

B.6. Capacité d'adaptation au changement  non limitée  limitée; genre: \_\_\_\_\_

17/05/12  
12 JUN 12

**C. En fonction de l'état de santé et de ses variations, quelle activité est-elle encore possible pour la personne assurée?**

	oui	non	de manière fluctuante	Si non ou « fluctuant », préciser pourquoi
C.1. Activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: <u>ralentissement achel = AVC</u>
C.2. Activités exigeant une grande autonomie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: " "
C.3. Activités exigeant de l'endurance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	: " "
C.4. Activités exigeant de la précision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
C.5. Activités impliquant du stress	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
C.6. Activités exigeant de la rapidité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
C.7. Activités exigeant une adaptation permanente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:
C.8. Activités impliquant des tâches complexes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	:

**D. A quel rythme une activité professionnelle est-elle encore possible ?**

D.1.a. à plein temps ?  oui  non :

D.1.b. à temps partiel ?  oui  non : 50% maximum

D.2. Quelle est l'importance prévisible, Fréquence : \_\_\_\_\_ Durée : \_\_\_\_\_  
en fréquence et en durée, des absences provoquées par l'état de santé psychique ? 7 répétitive - l'état physique dépressif

Dans le bilan de coaching du 20 août 2012, E. \_\_\_\_\_, d'I. \_\_\_\_\_, a formulé les conclusions suivantes :

« Comme évoqué lors de nos derniers échanges de mails, il me semble important d'effectuer une rencontre à votre bureau avec Mme AZ. \_\_\_\_\_ et moi-même afin de voir la suite à donner.

Un soutien pour le rattrapage administratif de Mme AZ. \_\_\_\_\_ est important d'une part pour mettre à jour ses dossiers, respecter une nouvelle organisation efficace pour qu'elle puisse ensuite poursuivre sur des bases saines.

Sans vouloir me substituer à quelconque avis médical, il me semblerait utile que Mme AZ. \_\_\_\_\_ puisse rencontrer un médecin du SMR afin d'évaluer sa situation.

Mme AZ. \_\_\_\_\_ est une personne qui semble au clair de sa situation et très motivée à poursuivre son activité professionnelle. Ceci me semble tout à fait concevable à condition bien sûr, d'aménager son temps de travail, de s'accorder également du temps pour elle et d'avoir une organisation "bien rôdée" pour

éviter tout stress et angoisses inutile dans le futur. Le rattrapage effectif de son retard lui permettrait de retrouver une confiance en elle.

En ce qui concerne l'aide "externe" pour le soutien au rattrapage dont je parle ci-dessus, je ne pense pas que le temps à y accorder ne soit trop important. Je pourrais bien sûr effectuer cette tâche de soutien à Mme AZ.\_\_\_\_\_, bien que ceci sorte un peu du contexte de coaching pur. Mme AZ.\_\_\_\_\_ avait émis le souhait que je puisse l'accompagner dans cette mise à jour. Cette décision dépendra de la suite qui sera donnée au dossier par l'Office AI.

[...] »

Par courrier du 20 août 2012, l'OAI a demandé à la Dresse M.\_\_\_\_\_ de répondre aux questions suivantes :

- « 1. Evolution depuis votre dernier rapport ?
2. Traitement actuel ?
3. Quelles sont les limitations fonctionnelles durables ?
4. Quelle est l'évolution de la capacité de travail comme gérante d'immeuble ?
5. Est-ce que le rendement dans le cadre de la capacité de travail attestée est entier ?
6. Si non : quelle est la diminution de rendement ?
7. Pour quelles raisons ?
8. Est-ce que vous disposez d'un examen neuropsychologique ? Si oui, merci de nous en faire parvenir une copie. »

Le 20 septembre 2012, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a répondu à l'OAI en ces termes :

« [...] Je rappelle tout d'abord que l'ensemble du handicap que présente Madame AZ.\_\_\_\_\_ résulte des séquelles de son AVC de janvier 2011. Par conséquent, son incapacité de travail, également. Le trouble dépressif n'y est que pour une toute petite part.

En décembre 2011, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré léger a été mis en évidence. A ma connaissance, il n'est pas vraiment soigné. Peut-être qu'en dépit de son degré léger, un appareillage pourrait être tenté afin de voir si cela apporte une diminution de la fatigue, et par conséquent, une amélioration des capacités d'attention, de concentration, ... de travail.

1. Mon dernier entretien avec ma patiente remonte au 20 juin 2012. Elle a eu des empêchements pour les deux rendez-vous suivants. Jusqu'en juin 2012, l'évolution a été stationnaire sur le plan physique et psychologique.

2. Cymbalta 90 mg/j.  
Madame AZ.\_\_\_\_\_ ne souhaitait pas changer le traitement antidépresseur pendant le temps où elle était aidée par le coach mandaté par l'Al, de façon à ne devoir faire face qu'à un seul changement à la fois.
3. Fatigue. « Coups de pompe soudains ». Difficultés de concentration et d'attention. Difficultés d'organisation dans le temps et pour les tâches. Perte d'endurance. Ralentissement. Pour les symptômes purement physiques, vous pouvez vous rapporter à la lettre de Dr N.\_\_\_\_\_, chef de clinique en neuropsychologie et neuroréhabilitation, du 28 juin 2012 (en annexe).
4. Elle ne dépasse pas 50 %, comme auparavant.
5. A mon avis, il est diminué. Votre coach aura peut-être pu l'observer.
6. cf réponse 5.
7. cf les limitations fonctionnelles qui sont le résultat des séquelles de l'AVC. Réponse 3.
8. Examen psychologique du 06 octobre 2011 (en annexe). »

La Dresse M.\_\_\_\_\_ a joint différents documents à son courrier, dont un rapport médical du 28 juin 2012 des Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, mentionnant notamment les éléments suivants :

« **Status**

Examen neurologique : superposable au précédent avec persistance d'un discret hémisyndrome moteur G avec hyperréflexie et discrète spasticité à 1+/4 selon Ashworth au niveau crural, d'une diminution de la dextérité au MS et d'une très discrète faiblesse du MI aux épreuves fonctionnelles. Il persiste également une hypoesthésie tacto-algotherrmique brachio-crurale G et de légers troubles de l'équilibre statiques et dynamiques.

**Scores fonctionnels**

Barthel : 100/100

mRS :1

NIHSS : 1.

**Conclusions, traitement et évolution**

Nous assistons actuellement à une évolution stationnaire avec un effet de plateau dans le cadre d'un AVC lacunaire capsulo-thalamique D du 20.01.2011. Il persiste de légères séquelles d'atteinte motrice et cérébelleuse hémicorporelle gauche, se manifestant par une diminution de la motilité fine distale au membre supérieur et des troubles de l'équilibre intermittents lors de la marche. Il persiste également un état de fatigue jugé invalidant, s'exprimant tant sur le plan physique que cognitif, ainsi que des signes d'un état dépressif.

Sur le plan thérapeutique, nous renouvelons notre proposition de remplacer le traitement antidépresseur actuel par du Cymbalta soit par de l'escitalopram (Cipralex 10 mg/j.) ayant un meilleur profil d'interaction ou par du Citalopram 20 mg/j. Nous n'avons pas d'autre modification thérapeutique à proposer actuellement et vous laissons le soin de suivre l'évolution des facteurs de risque cardio-vasculaire et d'adapter le traitement si nécessaire.

Sur le plan asséculoologique, nous avons prolongé l'incapacité de travail partielle à 50% valable jusqu'à la date de la prochaine consultation. »

Par communication du 21 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de la prolongation de la mesure de coaching auprès d'I.\_\_\_\_\_.

Dans un rapport médical du 27 septembre 2012, les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'AVC lacunaire capsulo-latéro-thalamique D d'origine hypertensive le 20 janvier 2011. Ces médecins relevaient que les plaintes actuelles de leur patiente consistaient en de légers troubles de la coordination du membre supérieur gauche, d'un état de fatigue jugé invalidant associé à des difficultés à maintenir la concentration, d'effectuer plusieurs tâches en parallèle, dans la planification et la réalisation des tâches ainsi qu'une irritabilité accrue. Ils ajoutaient qu'une partie des plaintes de la patiente était en relation avec un état dépressif aggravé depuis l'AVC malgré une majoration du traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique régulier. Sous le titre « Constat médical », il était indiqué ce qui suit : « Examen neurologique : superposable au précédent avec persistance d'un discret hémisyndrome moteur G avec hyperréflexie et discrète spasticité à 1+/4 selon Ashworth au niveau crural, d'une diminution de la dextérité au MS et d'une très discrète faiblesse du MI aux épreuves fonctionnelles. Il persiste également une hypoesthésie tacto-algo-thermique brachio-crurale G et de légers troubles de l'équilibre statiques et dynamiques ». Le pronostic était réservé. Selon les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail dans l'activité de gestionnaire d'un parc immobilier familial était de 100 % du 20 janvier 2011 au 10 mars 2011 et de 50 % depuis le 11 mars 2011. Les restrictions physiques, mentales ou psychiques étaient décrites comme suit : « discret hémisyndrome moteur brachio-crural gauche, de légers troubles de l'équilibre lors de la marche et une position, état de fatigue avec fatigabilité physique et intellectuelle

accrue, état dépressif ». Ces restrictions se manifestaient par un ralentissement dans l'exécution des tâches, des difficultés à mettre des priorités dans les tâches à accomplir, avec comme conséquence une prise progressive de retard dans les multiples dossiers, et une fatigabilité intellectuelle accrue obligeant la patiente à effectuer plusieurs pauses durant la journée. L'activité exercée était encore exigible à un degré de 50 %. Le rendement y était réduit de 50 %.

Le 8 octobre 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_ a complété un questionnaire de l'OAI dans lequel il indiquait que l'état de santé de sa patiente était stationnaire. Il ajoutait que les limitations fonctionnelles durables prenaient la forme de troubles de l'équilibre et de diminution de la dextérité de la main gauche. Selon ce médecin, la capacité de travail de l'assurée en tant que gérante d'immeuble était de 50 % avec une diminution de rendement de 50 % en raison de ses limitations fonctionnelles. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a joint différents rapports médicaux à ce questionnaire, dont un rapport du 21 septembre 2012 des Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, dans lequel ces médecins indiquaient notamment que l'évolution neurologique de leur patiente demeurait stationnaire avec un effet de plateau concernant la récupération d'un discret hémisyndrome moteur brachio-crural et ataxique brachial à gauche, séquelle de l'AVC. Il persistait néanmoins un état dépressif aggravé par l'attaque cérébrale, sans amélioration considérable sous traitement antidépresseur. Sur le plan thérapeutique, ces médecins recommandaient de poursuivre la prise en charge en physiothérapie à la fréquence actuelle et de remplacer le traitement antidépresseur actuel par du Cipralex ou du Citalopram. L'incapacité de travail était toujours de 50 %.

Dans un avis médical du 10 octobre 2012, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a mentionné ce qui suit :

« Cette assurée, indépendante comme gérante d'un parc immobilier familial, activité exercée à 60%, a subi un AVC, avec séquelles.

Pour l'instant tous les médecins (neurologue, psychiatre, généraliste) affirment que l'ancienne activité est encore possible, et que la capacité actuelle est de 50% (je comprends que c'est le 50% du 60% exercé).

La SRP suspecte une importante diminution de rendement. Il faut faire l'enquête économique et ménagère.

Les LF sont : discret hémisyndrome G (travaux fins avec le MSG, travaux lourds et répétitifs, monter sur échelles, marche prolongée, station debout prolongée), fatigue physique et psychique et intellectuelle. Ralentissement d'exécution de tâches, peine à mettre des priorités dans les tâches à accomplir conduisant à des retards, a besoin de plusieurs pauses.

Au terme de l'instruction, il sera peut-être possible de statuer avec une diminution de rendement. »

Dans un rapport médical du 20 octobre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, existant depuis 2011, de conflit de couple existant depuis plusieurs années et d'AVC droit d'origine hypertensive le 20 janvier 2011. Ce médecin expliquait notamment avoir interrompu le traitement de Cymbalta, dont les effets secondaires étaient justement des difficultés de la concentration et des troubles du sommeil décrits par sa patiente. Par la suite, une nette amélioration au niveau de la concentration avait été observée. Le sommeil s'était également stabilisé. Sous le chapitre « Constat médical », il était écrit ceci :

« Patiente de 54 ans, faisant son âge, à la tenue et hygiène corrects, souriante. Son discours e[s]t volontiers digressif, mais cohérent et adéquat. Elle cherche souvent ses mots. On note un léger ralentissement psycho-moteur. La mimique est sans particularité, congruente à une humeur modérément déprimée. Elle est très attentive et sensible à l'attention qu'on lui porte et se sent facilement abandonnée. Il n'y a pas de symptômes particuliers de la lignée anxieuse. Le sommeil était très perturbé avec des difficultés d'endormissement et des réveils précoces engendrant une augmentation de la fatigue ressentie au cours de la journée, elle se plaint de difficultés de concentration et de trous de mémoire fréquents. Il n'y a pas de signes florides de la lignée psychotique. Elle est agréable dans la relation, plaçant beaucoup d'espoir et d'attentes en son nouveau thérapeute. »

Selon le Dr L.\_\_\_\_\_, le pronostic était réservé. L'incapacité de travail dans l'activité d'administratrice de biens immobiliers était de 50 % depuis le 27 août 2012 au moins. Les restrictions physiques, mentales et psychiques étaient des difficultés de concentration, une fatigabilité et des trous de mémoire qui se manifestaient sous la forme d'une diminution

importante du rendement. D'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 50 % et le rendement y était réduit de 50 %. Le Dr L.\_\_\_\_\_ considérait que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée durant quatre à cinq heures par jour. Dans l'annexe au rapport, le psychiatre indiquait que s'agissant des limitations fonctionnelles, il fallait tenir compte de difficultés dans les déplacements, la conduite automobile étant possible dans un certain rayon autour du domicile, de difficultés d'organisation du temps, dans la mesure où sa patiente peinait à sentir ses limites et à se reposer avant d'être totalement épuisée, et d'hypersensibilité au stress. La capacité de concentration et d'attention était limitée, deux cycles de trois heures par jour avec une pause de deux à trois heures entre deux devant être respectés. Les capacités mnésiques étaient aussi limitées en raison de quelques troubles de mémorisation et de manque de mots. Le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionnait également une limitation de la capacité d'organisation et de planification, l'assurée se sentant surchargée et peinait à se mettre à jour avec l'administration de ses affaires. S'agissant des activités décrites dans l'annexe au rapport psychiatrique, le Dr L.\_\_\_\_\_ indiquait qu'elles étaient encore possibles mais de manière fluctuante, exception faite des activités exigeant une grande autonomie et de la précision, qui pouvaient être réalisées sans limitations.

Par courrier du 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement au motif qu'il attendait les conclusions d'une enquête pour indépendant et d'une enquête ménagère.

Par courrier du 6 novembre 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un soutien administratif par la société Z.\_\_\_\_\_ à [...].

Dans un bilan de coaching du 31 janvier 2013, E.\_\_\_\_\_ a constaté une nette amélioration de la situation. Il a notamment considéré que l'assurée était en meilleure condition pour poursuivre son activité indépendante en tant que gestionnaire d'immeubles. Le coach était d'avis

qu'une fois le retard administratif rattrapé, l'assurée pourrait poursuivre son activité, pour autant que ses médecins-traitants n'y voient pas d'inconvénients.

Dans une note de suivi rédigée le 18 février 2013 par Z.\_\_\_\_\_, de Z.\_\_\_\_\_, cette dernière a notamment formulé les observations suivantes :

« [...]

Elle [l'assurée] fait beaucoup d'efforts pour s'en sortir. Malheureusement je la trouve encore très fatiguée, fragile et faible tant physiquement que psychiquement.

Je constate des séquelles suite à sa maladie qui se présentent sous forme de fatigue (elle ne peut toujours pas travailler des longs moments), de manque de concentration, d'un léger handicap tant au niveau de la main qu'au niveau de la marche, surtout dans les escaliers, et des douleurs qui ne sont pas visibles, mais dont elle évoque la présence. Au début de mon mandat il m'a semblé percevoir des problèmes d'élocution qui ont actuellement diminué.

Madame AZ.\_\_\_\_\_ a les compétences pour travailler en tant que gestionnaire d'immeubles; je la trouve intelligente avec des capacités indéniables. De plus c'est une activité qui me paraît idéale pour elle (travail qu'elle connaît et qui lui plaît, organisation de son temps et de ses rendez-vous, contacts humains, etc.) mais elle aurait encore besoin de soutien et de suivi. Elle va mieux, mais, comme écrit précédemment, je la trouve encore fatiguée et fragile.

Vous avez certainement prévu une évaluation médicale qui pourrait mieux déterminer ses aptitudes, ses possibilités ainsi que ses besoins.

[...] »

Une enquête économie pour les indépendants a été effectuée le 20 mars 2013 par [...] de l'OAI. Il a conclu son rapport du 25 mars 2013 comme il suit :

« Madame AZ.\_\_\_\_\_ est une femme de 54 ans, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, avec une formation complémentaire de gérante d'immeuble. Après avoir exercé diverses activités salariées entre 1980 et 1985, puis de 1997 à 2004, elle a débuté une activité de gérante d'immeuble indépendante à partir de 2004.

Cette activité consistait en fait à gérer 3 immeubles, situés à [...], comprenant 32 appartements subventionnés et appartenant à une hoirie constituée du mari de notre assurée ainsi que des frères de ce dernier.

En parallèle à cette activité indépendante, Madame AZ.\_\_\_\_\_ a accepté, en 2008 et en 2009, des missions temporaires (remplacements) pour des gérances de sa région de domicile.

Le 20 janvier 2011 Madame AZ.\_\_\_\_\_ a été victime d'un AVC. Suite à cet accident, elle a vu sa capacité de travail fortement diminuer.

Notons encore qu'une occasion d'agrandir le parc immobilier sous gérance s'est présentée en juillet 2011 et que Madame AZ.\_\_\_\_\_ a accepté un mandat pour 8 appartements supplémentaires, en espérant que son état de santé s'améliore en attendant le début effectif de ce mandat. La recherche de locataires, la préparation des dossiers et la finalisation des contrats de baux ont débutés vers juin 2012 et les locataires sont entrés en décembre 2012 dans l'immeuble. Le contrat de gérance définitif court depuis janvier dernier pour ce nouvel immeuble.

Les incapacités de travail consécutives à l'AVC de notre assurée ayant impliqué de grands retards dans le suivi de ses affaires, un soutien administratif lui a été octroyé par notre Office sous forme de MIP (cf. dossier REA).

Actuellement Madame AZ.\_\_\_\_\_ tente de reprendre la situation en main mais il semble que son état de santé la limite encore fortement dans l'exercice de son activité habituelle indépendante.

En l'état il ne nous est pas possible de déterminer le volume de travail déployé par Madame AZ.\_\_\_\_\_. L'intéressée n'a pas été en mesure de nous préciser ses horaires de travail, fluctuants en fonction de son état de santé, de son besoin de repos ou encore de ses nombreux rendez-vous médicaux. De plus, son rendement ainsi que la capacité de travail pondérée sont impossibles à chiffrer sur la base des données économiques.

A notre avis, l'instruction médicale devrait être poursuivie et la capacité de travail exigible déterminée par le SMR, tant en ce qui concerne le nombre d'heure de présence que le rendement prévisible dans des activités de type administratifs telles qu'exercées par notre assurée. »

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 20 mars 2013 par F.\_\_\_\_\_, enquêtrice de l'OAI. Dans son rapport du 25 mars 2013, cette dernière a retranscrit comme suit les déclarations de l'assurée relatives à son atteinte à la santé :

«L'assurée dit qu'elle est très vite fatiguée, qu'il lui faut beaucoup plus de temps pour faire les choses. Elle a des pertes de mémoire avec des « blancs » qui sont très pénible dans son activité professionnelle. Depuis septembre 2012, l'assurée ne prend plus d'antidépresseur, elle se sent très nerveuse mais se sent revivre car avec la médication, toutes les émotions sont atténuées. L'assurée se réveille fréquemment vers 5h00 du matin, elle se lève ensuite vers 8h00 mais se sent toujours fatiguée. En raison des pertes

de mémoire, elle utilise des « pense-bêtes » pour tout (professionnel et privé). L'assurée dit qu'elle fait beaucoup d'efforts pour être toujours « au mieux » et que c'est très fatigant car cela lui demande beaucoup d'énergie. »

Les limitations fonctionnelles étaient décrites ainsi :

« - Physiques : douleur à la hanche — difficultés à descendre les escaliers (doit se concentrer) — perte de la finesse des mouvements et de la sensibilité — grande fatigabilité - besoin de faire fréquemment des pauses et de se reposer  
- Psychiques : sentiment d'avoir « trop de choses dans la tête » — nervosité — se sent « à fleur de peau » pour tout. »

L'enquêtrice a en outre relevé les éléments suivants s'agissant de l'activité exercée par l'assurée sans le handicap :

« Sur le formulaire 531 bis complété le 05.04.2012, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60%, comme gérante d'immeuble par nécessité financière.

Motivation du statut :

Avant l'atteinte, l'assurée travaillait comme indépendante pour pouvoir travailler chez elle la plupart du temps et être présente pour ses trois enfants. Ce travail a toujours été très prenant pour l'assurée car les immeubles appartiennent à son mari et son beau-frère est le concierge. Les divergences et difficultés ont toujours été présentes et très difficiles à gérer.

L'assurée a gardé la même charge de travail avec les immeubles qu'elle gère (32 appartements subventionnés).

En juin 2011, une connaissance de l'assurée lui propose de gérer un nouvel immeuble. Les locataires sont entrés en décembre 2012. L'assurée a accepté ce nouveau mandat car elle a été encouragée par son mari, l'immeuble étant neuf et d'un standing plus élevé, elle pensait avoir moi[n]s de souci pour le suivi. Elle avait envie de gérer un immeuble sans avoir les soucis familiaux comme pour les autres immeubles.

Selon, l'assurée, le travail pour ce nouveau mandat correspond à environ un 10% de travail supplémentaire par mois. L'assurée a accepté ce mandat malgré ses difficultés dues à l'atteinte car c'est une opportunité qu'elle ne pouvait refuser pour des raisons financières. En bonne santé, il est clair qu'elle l'aurait aussi accepté et ainsi augmenté son taux à 70% dès juin 2011.

L'assurée mentionne que leur situation financière est difficile car leurs trois enfants sont étudiants et tous les frais sont à leurs charges, ils ne peuvent bénéficier d'aucune aide car ils sont propriétaires. »

Sur cette base, l'enquêtrice a retenu un statut de 60 % active et 40 % ménagère jusqu'en juin 2012 et de 70 % active et 30 % ménagère dès juin 2012, suite au nouveau mandat. Elle a par ailleurs décrit les empêchements dus à l'invalidité de la manière suivante :

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
<b>6.1 Conduite du ménage</b> planification / organisation / répartition du travail / contrôle Dès l'atteinte, femme de ménage 2 heures par semaine. Pas d'empêchement	2 - 5%	5 %	0 %
<b>6.2 Alimentation</b> préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule ce poste. Depuis l'atteinte, l'assurée continue à préparer des repas simples à midi et le soir pour elle et son mari. Le week-end, ses enfants sont présents, elle prépare les repas mais avec beaucoup plus de temps. Ensuite, elle se sent fatiguée et se retire un moment pour se reposer. Ses enfants et son mari aident pour débarrasser et faire la vaisselle (aide exigible). Les à-fonds ne sont plus fait depuis l'atteinte car l'assurée est trop fatiguée pour le faire.	10 - 50%	45 %	20 %
<b>6.3 Entretien du logement</b> épousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule ce poste. Depuis l'atteinte, la femme de ménage passe l'aspirateur, lave les sols, fait le nettoyage à fond des salles de bain 1x/semaine. L'assurée fait l'entretien courant de la maison (poussière, nettoyage des lavabos, etc.). L'assurée fait les lits mais n'arrive pas à faire le changement de literie, son mari ou ses enfants l'aident lorsqu'ils sont présents (aide exigible). Les vitres et les à-fonds ne sont plus effectuées depuis l'atteinte (aide exigible partiellement retenue).	5 - 20%	20 %	60 %
<b>6.4 Emplettes et courses diverses</b> poste / assurances / services officiels Avant l'atteinte, l'assurée faisait les courses de manière alternée avec son mari, selon leurs disponibilités. Actuellement, son mari fait toutes les grandes courses (aide exigible). L'assurée s'est toujours occupée de toute la gestion administrative, paiements et services officiels, elle continue de le faire entièrement. L'assurée continue à faire les petites courses.	5 - 10%	10 %	0 %
<b>6.5 Lessive et entretien des vêtements</b> laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder / nettoyer les chaussures Avant l'atteinte, l'assurée gérait seule ce poste avec l'aide ponctuelle de ses filles Depuis l'atteinte, l'assurée continue à mettre les machines avec l'aide de ses filles lorsqu'elles sont présentes durant les week-ends (aide exigible). L'assurée plie et range le linge. La femme de ménage repasse environ 1h00 par mois ses chemises. Le mari de l'assurée est maître de sport, elle plie ses affaires et les ranges directement.	6 - 20%	20 %	10 %
<b>6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille</b> Surveillance et promenades des enfants/soins/contrôle des tâches scolaires/ Trajets école et activités extrascolaires L'assurée a 3 enfants de 25, 23 et 20 ans qui sont tous étudiants.	0 - 30%	0 %	0 %
<b>6.7 Divers</b> soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique Pas de divers. L'assurée ne s'occupe pas du jardin, son mari l'a toujours fait. L'assurée a un chat dont elle s'occupe sans difficulté.	0 - 50%	0 %	0 %
<b>Total</b>		100 %	23 %

Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ?  
Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée)  
et subi par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité  
Dès avril 2011 : femme de ménage 2 heures par semaine en raison de l'atteinte

Dans un avis médical du 27 mars 2013, les Drs P.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ du SMR ont proposé la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique afin de déterminer la capacité de travail exigible de l'assurée.

Cette expertise a été réalisée le 15 août 2013 par C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie FSP. Dans son rapport du même jour, cette dernière a formulé les conclusions suivantes :

« Cet examen, effectué chez une assurée ayant tendance à digresser, collaborante malgré une importante fatigabilité, nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence :

- Une dysfonction exécutive modérée avec des difficultés d'inhibition, de flexibilité mentale, de programmation et une mémoire de travail faible ;
  - Des troubles attentionnels importants (attention divisée et soutenue) et un ralentissement ;
  - Une fatigabilité importante présente après une heure trente d'examen dont seulement une demi-heure de testing ;
  - Des performances à la limite de la norme dans un test de raisonnement sur matériel visuo-spatial passé en fin d'examen, à mettre possiblement en lien avec la fatigue ;
  - Des scores significatifs d'anxiété et de dépression à l'échelle HAD.
- + Des performances dans les normes en mémoire épisodique antérograde verbale et visuospatiale,
- + Des fonctions instrumentales (praxies, gnosies visuelles, langage) globalement dans les normes, hormis un léger manque du mot.

**Le tableau est celui d'une dysfonction cognitive modérée, à prédominance exécutive et attentionnelle, chez une assurée ayant une leucoencéphalopathie, un état dépressif récurrent, au status après AVC ischémique lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit en janvier 2011.**

**Par rapport aux derniers examens neuropsychologiques effectués en 2011 au [...], on note la réapparition de difficultés en attention divisée.**

Madame AZ.\_\_\_\_\_, qui travaille comme indépendante, a tenté de continuer de mener à bien ses tâches professionnelles après son AVC, malgré ses difficultés cognitives, probablement accentuées par ses troubles thymiques. Elle décrit actuellement un rythme d'environ 70%.

Nous craignons que si elle n'adapte pas rapidement pas son rythme de travail (dans le sens d'une diminution), cela la conduise à l'épuisement. En effet, il est impossible d'assumer la charge et le niveau d'exigence professionnel inhérent à sa profession et de tenir sur la durée lorsqu'on présente un tableau de dysfonction exécutive modérée, sans épuiser ses ressources cognitives et exacerber la fragilité psychique. »

L'experte a répondu comme suit aux questions posées par

l'OAI :

« **1. Quel est le diagnostic neuropsychologique ?**

Dysfonction exécutive modérée, troubles attentionnels importants et fatigabilité marquée.

**2. Quelles sont les limitations fonctionnelles ?**

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière significative l'autonomie de l'assurée dans les situations complexes. Il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress. L'assurée est capable de s'organiser pour effectuer des tâches simples, mais cela lui prend du temps. Dans les cas de tâches plus complexes, il faut prévoir une aide.
- La fatigue et la fatigabilité imposent de prendre des pauses régulières, au minimum toutes les 1h30 si le travail est soutenu. La durée de travail journalière doit être réduite en raison de cette fatigue, afin d'éviter l'épuisement.

**3. Quelle est la capacité de travail exigible comme gérante d'immeuble par rapport à une activité exercée à 100% ?**

Avec le tableau neuropsychologique et la fatigue qu'elle présente, l'assurée est capable de travailler à 40% comme gérante d'immeuble (telle qu'elle nous décrit son travail). Idéalement, elle pourrait travailler le matin, en prévoyant une pause au milieu de matinée, et se reposer l'après-midi.

Durant ces 40%, il faut s'attendre à une baisse de rendement de l'ordre de 30% en moyenne. Ce dernier est plus difficile à évaluer parce qu'il dépend du type de tâches et de la fatigue.

**4. Quelle est la capacité de travail exigible par rapport à un taux d'activité réduit de 70% ?**

Nous pensons que Madame AZ. \_\_\_\_\_ n'est actuellement pas capable de travailler à 70% en maintenant sa charge de travail sur le long terme.

**5. Est-ce que la capacité de travail pourrait être supérieure dans une autre activité?**

Actuellement, Mme AZ. \_\_\_\_\_ ne peut pas travailler à plus de 40% dans quelque activité que ce soit, en raison de sa fatigabilité importante.

Par contre, si l'activité exercée est plus simple, et tient compte des limitations fonctionnelles évoquées au point 2, la baisse de rendement sera moins importante. En effet, l'activité de gérante d'immeuble qu'elle exerce actuellement demande d'avoir d'excellentes fonctions exécutives, ce qui n'est malheureusement plus le cas de l'assurée.

Dans une activité adaptée qui respecte ses limitations cognitives, il est possible que l'assurée se fatigue moins rapidement et qu'elle soit ultérieurement capable d'augmenter légèrement son temps de travail. »

Dans un rapport du 15 octobre 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 40 %, grevée d'une diminution de rendement de 30 %, au terme du délai de carence. Dans une activité adaptée, il mentionnait une capacité

de 40 % au terme du délai de carence, possiblement sans diminution de rendement, à traduire en termes de métiers par les spécialistes en réadaptation. Les limitations fonctionnelles étaient décrites comme suit : « Dysfonction exécutive, avec diminution de l'autonomie dans des situations complexes. Fatigabilité intellectuelle. Difficultés d'inhibition, de flexibilité mentale et de programmation. Faible mémoire de travail. Eviter les contraintes temporelles, des situations à doubles ou multiples tâches, des interférences et des situations de stress. Diminution de la durée de travail quotidienne, pauses nécessaires après 1h30 ». Le Dr P. \_\_\_\_\_ ajoutait que l'atteinte subie par l'assurée se manifestait particulièrement dans l'activité exercée, qui était un travail varié, avec des tâches multiples, du stress et de l'imprévu, soit précisément des activités dans lesquelles l'assurée était désormais la plus handicapée. Il précisait que dans une telle activité, la diminution de rendement était importante.

Dans un document intitulé « Examen du dossier d'une indépendante » du 6 janvier 2014, l'OAI a fixé le revenu hypothétique de l'assurée sans atteinte à la santé ainsi que le revenu d'invalidité en se fondant sur les recommandations salariales de la SEC [Société suisse des employés de commerce] pour l'année 2012, soit au terme de l'année de carence. Son calcul était le suivant :

« Selon cette base salariale, une personne de 53 ans, au bénéfice d'un CFC de commerce (classe de fonction C) aurait pu bénéficier en 2012 d'un salaire compris entre Sfr. 69'140.- et Sfr. 93'540.-. Compte tenu de la formation complémentaire en gestion d'immeuble dont bénéficie Madame AZ. \_\_\_\_\_ (cf. CV au dossier), nous proposons de retenir le maximum de la fourchette salariale, à savoir Sfr. 93'540.- pour un poste à 100%.

Sur notre rapport initial, nous proposons d'admettre que le taux d'activité de Madame AZ. \_\_\_\_\_ peut être estimé à 60% jusqu'en juin 2012, puis à 70% suite à l'obtention d'un nouveau mandat de gestion d'immeuble.

Revenu hypothétique sans atteinte à la santé :

Période 1, jusqu'au 30.06.2012 :  $RS = 60\% \times 93'540.- = \text{Sfr. } 56'124.-$

Période 2, dès 01.07.2012 :  $RS = 70\% \times 93'540.- = \text{Sfr. } 65'478.-$

Revenu d'invalidité dans la poursuite de l'activité habituelle :

Si l'on s'en réfère à l'avis SMR précité, il convient de tenir compte d'une capacité de travail exigible de 40%, avec un rendement limité à 70%.

Compte tenu des limitations fonctionnelles retenues, nous estimons que le salaire de référence doit être ramené au niveau moyen de la

classe C, à savoir Sfr. 81'340.- pour un plein temps, sans diminution de rendement.

Nous proposons donc de retenir les chiffres suivants : Sfr. 81'340.- x 40% (présence) x 70% (rendement) = Sfr. 22'775.-

Détermination du taux d'invalidité (part active) :

Période 1 : à l'échéance du délai de carence, le 20.01.2012, l'assurée se trouvait en incapacité totale de travail. Un taux d'invalidité de 100% sur la part active nous semble devoir être retenu pour la période comprise entre le 20 et le 31.01.2012.

Période 2, du 01.02 au 30.06.2012, taux d'activité de 60% :

RS : Sfr. 56'124.-

RI : Sfr. 22'775.-

Préjudice économique : Sfr. 33'349.- (= 59.4%)

Période 2, dès 01.07.2012, taux d'activité de 70% :

RS : Sfr. 65'478.-

RI : Sfr. 22'775.-

Préjudice économique : Sfr. 42'703.- (= 65.2%)

Compte tenu de ce qui précède, et au vu des limitations fonctionnelles ressortant du dossier médical, nous estimons que la poursuite de l'activité habituelle au taux de 40% correspond vraisemblablement à la meilleure valorisation possible de sa capacité de travail résiduelle. »

Par courrier du 17 avril 2014, l'OAI a demandé à l'assurée de remplir et de lui retourner un questionnaire afin de savoir si, depuis sa reprise à 50 % en mai 2011, elle avait eu de nouvelles périodes d'incapacité de travail.

Dans un courrier du 5 mai 2014, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'en tant qu'indépendante, il était extrêmement difficile d'évaluer son temps de travail. Elle expliquait notamment qu'elle avait paré au plus pressé mais qu'un retard considérable s'était accumulé. Elle joignait à son courrier un lot de certificats médicaux du Dr N.\_\_\_\_\_, précisant que ceux-ci étaient très approximatifs et qu'ils mentionnaient le temps de présence au lieu du rendement. Ces documents attestaient d'une incapacité de travail du 20 janvier 2011 au 2 mai 2011 et d'une reprise à 50 % le 3 mai 2011. L'assurée ajoutait qu'étant toujours fortement diminuée et totalement débordée, elle avait engagé une secrétaire à « 20-40% ». Elle expliquait en outre qu'elle était toujours handicapée du côté gauche et qu'elle suivait des séances de physiothérapie deux fois par semaine.

Le 17 octobre 2014, l'OAI a demandé au Dr V. \_\_\_\_\_ de lui indiquer pour quelles raisons il mentionnait une capacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2012 alors que les documents transmis faisaient état d'une capacité de travail de 50 % déjà depuis le 3 mai 2011.

Dans sa réponse parvenue à l'OAI le 28 novembre 2014, ce médecin a indiqué qu'il s'agissait de l'incapacité de travail effective de 50 % à partir de février 2012. Selon lui, les incapacités de travail accordées par les médecins spécialistes ne tenaient pas compte de la situation globale de sa patiente, mais uniquement de la capacité de travail en relation directe avec leur spécialité.

Dans un projet du 24 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer un quart de rente, basé sur degré d'invalidité de 49 %, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012. À l'appui de ce projet, l'autorité a considéré qu'en bonne santé, l'assurée aurait exercé une activité indépendante à 70 % et que les 30 % restant auraient correspondu à la tenue du ménage. A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2012, soit à l'échéance du délai de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée avait fait valoir son droit aux prestations, sa capacité de travail n'était plus que de 28 %, soit 40 % moins une diminution de rendement de 30 % sur son temps de présence. Selon l'OAI, l'assurée pouvait travailler sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Au vu de la situation personnelle de l'assurée, l'OAI estimait toutefois que la meilleure mise en valeur de sa capacité de travail était la poursuite de son activité habituelle. Dès lors que selon l'enquête économique réalisée, il n'était pas possible de fixer de manière fiable les revenus avec et sans invalidité, l'OAI s'est fondé sur le salaire maximum auquel pouvait prétendre une personne au bénéfice d'un CFC de commerce, compte tenu du fait que l'assurée possédait une formation complémentaire en gestion d'immeuble. Le calcul de l'OAI se présentait comme suit :

« Le revenu que vous auriez pu réaliser sans atteinte à la santé en travaillant à 70% s'élève donc à CHF 65'478.00. Etant donné que votre capacité de travail résiduelle est de 28%, le revenu que vous

pouvez réaliser avec votre atteinte à la santé doit être ramené à CHF 26'191.20

**Comparaisons des revenus :**

sans invalidité CHF 65'478.00  
avec invalidité CHF 26'191.20  
La perte de gain s'élève à CHF 39'286.80 = un degré d'invalidité de 60%

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 23%.

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

<b>Activité partielle</b>	<b>Part</b>	<b>Empêchement</b>	<b>Degré d'invalidité</b>
active	70%	60%	42%
ménagère	30%	23%	6.9%
<b>Taux d'invalidité :</b>			<b>48.90%</b>

Un degré d'invalidité de 49% donne droit à un quart de rente. »

Par courrier du 23 avril 2015 adressé à l'OAI, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 24 mars 2015 et a requis de l'autorité qu'elle reconsidère le taux d'invalidité concernant son activité ménagère. L'assurée considérait que le degré d'invalidité dans sa profession lui semblait correspondre à la réalité, ce qui n'était toutefois pas le cas du taux retenu dans le cadre de l'activité ménagère, qui lui paraissait sous-évalué. Elle expliquait qu'étant diminuée du côté gauche, elle n'avait pas suffisamment d'équilibre et que la position debout lui était pénible. A cela s'ajoutait une importante fatigabilité inhabituelle. Elle indiquait que de ce fait, elle ne pouvait exercer que peu d'activités ménagères. L'assurée précisait que le repassage, l'aspirateur et le nettoyage des salles de bain provoquaient des douleurs et une importante fatigue. Elle était d'avis que son rendement était également sensiblement réduit, en raison de son atteinte physique mais aussi du fait qu'elle devait faire ces activités petit à petit.

Dans une communication interne de l'OAI datée du 24 juillet 2014 [recte : 2015], l'enquêtrice de l'OAI a indiqué que lors de l'évaluation, les empêchements ménagers avaient été chiffrés selon les déclarations de l'assurée, en tenant compte de ses limitations fonctionnelles, de l'aide exigible de la part de sa famille ainsi que de l'aide

apportée par la femme de ménage. Selon l'enquêtrice, le pourcentage retenu correspondait aux empêchements mentionnés par l'assurée et il n'était pas possible d'en retenir d'avantage car ils avaient déjà été largement évalués.

Dans sa réponse du 19 octobre 2015, l'OAI, se fondant sur les déclarations de son enquêtrice, a expliqué à l'assurée que dans l'examen de la tenue du ménage, ses empêchements avaient été largement évalués. Il ajoutait qu'un assuré devait faire tout ce qui dépendait de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité et que dans son cas, on pouvait tenir compte de l'aide exigible de la famille et des tâches effectuées par une femme de ménage. S'agissant du rapport d'enquête ménagère établi par l'enquêtrice de l'OAI, l'autorité considérait que les constatations y figurant étaient dûment motivées, fondées sur un examen attentif et précis de sa situation familiale concrète, et conformes aux dispositions légales, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Le projet de décision devait ainsi être confirmé.

Par décision du 29 octobre 2015, l'OAI a accordé un quart de rente d'invalidité à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 24 mars 2015.

**C.** Par acte du 30 novembre 2015, AZ.\_\_\_\_\_ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 29 octobre 2015, concluant implicitement à l'annulation de celle-ci. À l'appui de son écriture, la recourante invoque que le pourcentage au niveau des tâches ménagères a été sous-évalué. Elle explique que le fait qu'elle soit diminuée du côté gauche provoque de très fortes douleurs qui la limitent considérablement dans ses faits et gestes et dans ses déplacements, l'empêchant également de dormir. Elle ajoute que bien qu'elle ait deux séances de physiothérapie par semaine, elle a reçu des injections de cortisone et qu'elle prend des médicaments contre la douleur. La recourante indique également que le physiothérapeute a diagnostiqué une trochantérite bilatérale.

Dans sa réponse du 9 février 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il estime qu'il n'y a rien à reprocher au rapport relatif à l'enquête ménagère, lequel a pleine valeur probante, dans la mesure où il a été élaboré par une personne qualifiée, ayant eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. L'OAI ajoute que l'appréciation de l'auteur de l'enquête ne doit être remise en cause que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, et que les empêchements ménagers 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 diminuer le dommage. Pour le surplus, l'intimé renvoie à son courrier du 19 octobre 2015 à l'assurée.

Dans sa réplique du 1<sup>er</sup> mars 2016, la recourante a indiqué qu'elle était « désarçonnée » et que son recours était clair. Elle se dit étonnée que l'OAI ne l'ait pas contactée pour une nouvelle évaluation et ajoute que son mari et ses trois enfants peuvent témoigner de son état. Elle requiert également, du moins implicitement, la mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère.

Le 26 septembre 2016, la recourante a produit un rapport d'examen neuropsychologique et logopédique du 8 juillet 2016 établi par O.\_\_\_\_\_, psychologue. Sous la rubrique « conclusions », cette dernière écrivait ceci :

« Cet examen [...] met en évidence :

- En **langage**, une expression orale fluente et informative mais montrant un manque du mot occasionnel et quelques paraphasies phonémiques avec autocorrections, une tendance à perdre le fil du discours et de manière plus marquée, une tendance à la digression ou à se perdre dans les détails, ainsi qu'un ralentissement dans les épreuves langagières chronométrées. La compréhension écrite de phrases au contenu abstrait et complexe est ralentie et montre la possibilité d'erreurs.
- Au niveau du **traitement des nombres**, des difficultés de calcul mental, et en calcul écrit, des erreurs attentionnelles et un ralentissement. A noter une erreur lors de l'écriture de nombres sous dictée.

- En **mémoire**, des capacités à la limite inférieure des normes dans une tâche formelle de mémoire de travail, avec par ailleurs des difficultés visibles cliniquement dans des tâches aspécifiques (notamment calcul mental, compréhension écrite). En mémoire épisodique antérograde verbale, on relève une sensibilité à l'interférence proactive et rétroactive.
- Un **dysfonctionnement exécutif** modéré en termes de programmation et de planification plus complexe ainsi que des difficultés d'inhibition.
- Au niveau des **capacités attentionnelles**, des capacités d'attention soutenue et sélective à la limite inférieure de la norme et des difficultés sévères d'attention divisée.
- Difficultés d'exploration visuo-spatiale évoquant des **séquelles d'héminégligence visuelle droite** (tendance à débiter l'exploration visuelle sur la droite, désorganisation importante de l'exploration visuelle).

Les autres domaines sont préservés, à savoir l'orientation aux trois modes, la compréhension orale, les gnosies, les praxies, la mémoire immédiate et la mémoire épisodique antérograde verbale et visuo-spatiale (encodage, récupération et stockage des informations), la mémoire autobiographique, les capacités de raisonnement et au niveau exécutif, on constate de bonnes capacités de flexibilité et d'incitation tant verbale qu'à l'action.

Cette symptomatologie prédomine au niveau exécutif et attentionnel, avec rappelons-le, des séquelles d'héminégligence visuelle droite, chez une patiente connue pour une leucoencéphalopathie et ayant été victime d'un AVC ischémique lacunaire capsulo-latéro-thalamique droit en janvier 2011 et souffrant d'une anxiété d'intensité moyenne (HAD). Par rapport au dernier examen neuropsychologique pratiqué, nous constatons une globale stabilité du tableau malgré quelques petites fluctuations.

Ces difficultés concordent avec le vécu subjectif de la patiente (nombreuses erreurs avec nécessité de déployer d'importantes ressources pour contrôler ses performances, oublis, fatigabilité importante limitant l'endurance et entraînant un épuisement à plus long terme, difficultés à doser les activités en fonction des ressources disponibles, impact important dans les autres domaines de la vie quotidienne notamment au niveau social avec notamment une perte de confiance importante en ses performances). Mme M. C. \_\_\_\_\_, neuropsychologue, avait préconisé dans son rapport de 2013 une baisse du taux d'activité alors que la patiente travaillait à 70%. Actuellement, celle-ci travaille à un taux de 50-60%, avec une rentabilité probablement bien diminuée. Compte tenu des difficultés citées ci-dessus et de la nature administrative du travail (nécessitant de bonnes capacités de mémoire de travail, d'attention et de planification), ce taux paraît encore trop élevé et devrait être revu à la baisse. »

Le 14 novembre 2016, l'intimé s'est déterminé sur le rapport du 8 juillet 2016, estimant notamment qu'il existait une globale stabilité de la situation entre l'examen neuropsychologique de 2013 et celui de

2016. Se fondant sur l'avis médical du 1<sup>er</sup> novembre 2016 du Dr P.\_\_\_\_\_, l'OAI a considéré que les pièces nouvellement versées au dossier n'amenaient pas d'éléments pertinents nouveaux susceptibles de mettre en doute sa position.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA -VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

**b)** En l'espèce, le recours du 30 novembre 2015 contre la décision du 29 octobre 2015 a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est 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 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le degré d'invalidité tel que fixé par l'OAI dans la décision querellée, la recourante considérant que la part ménagère a été sous-évaluée par l'intimé.

**3. 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 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

**b)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

**aa)** Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet ; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**bb)** Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (TF I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2.3). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

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 ; TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). 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 rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, 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 (TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3). 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 ; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

**cc)** Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

**dd)** 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 et réf. cit.). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré, 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 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et réf. cit.).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**5. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Si l'administration ou le juge, 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 ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

**6. a)** En ce qui concerne le statut de la recourante, il y a lieu de relever que dans le formulaire de l'OAI complété le 5 avril 2012 par l'assurée, celle-ci a expliqué que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60 % comme gérante d'immeuble, et cela par nécessité financière. À l'occasion de l'enquête économique pour les indépendants réalisée le 20 mars 2013, l'assurée a indiqué avoir accepté un nouveau mandat en juillet 2011, consistant en la gestion d'un nouvel immeuble. Selon elle, l'activité déployée pour ce nouveau mandat correspondait environ à un 10 % de travail supplémentaire par mois. Elle indiquait qu'elle aurait aussi accepté ce mandat si elle avait été en bonne santé, augmentant ainsi son taux d'activité à 70 % dès le mois de juin 2011. Aussi l'enquêtrice a-t-elle proposé un statut de 60 % active et de 40 % ménagère jusqu'en juin 2012 et de 70 % active et de 30 % ménagère dès le mois de juin 2012, soit le moment où la recourante a effectivement réalisé les premières opérations dans le cadre de ce nouveau mandat (cf. enquête économique pour les indépendants p. 8). Dans la mesure où le droit à la rente est ouvert depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012, c'est-à-dire à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la recourante a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI), c'est à juste titre que l'OAI a tenu compte d'une part active de 70 % et d'une part ménagère de 30 % dans le calcul du taux d'invalidité selon la méthode mixte.

**b)** L'assurée reproche à l'intimé d'avoir sous-évalué le degré d'invalidité pour la part ménagère, lequel a été fixé à 6.9 % par l'OAI, correspondant à un empêchement de 23 % de la part ménagère de 30 %. Ce chiffre de 23 % se fonde sur les données de l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée le 20 mars 2013 ainsi que sur son complément du 24 juillet 2015. C'est le lieu de rappeler que s'agissant de l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (cf. supra consid. 3b/ bb).

Selon la recourante, le taux retenu par l'OAI ne tiendrait pas compte du fait qu'elle est diminuée du côté gauche, ce qui provoque de très fortes douleurs limitant considérablement ses faits et gestes et ses déplacements, ni du fait que ces douleurs l'empêchent de dormir. Or à la lecture du rapport d'enquête ménagère, on constate que les plaintes de l'assurée ont bel et bien été prises en considération dans l'appréciation du cas. En particulier, l'enquêtrice a retranscrit les déclarations de l'assurée selon lesquelles elle était très vite fatiguée et qu'il lui fallait beaucoup plus de temps pour faire les choses. Les difficultés liées au sommeil sont également mentionnées, l'enquêtrice indiquant que l'assurée se réveille fréquemment vers 5 heures du matin, qu'elle se lève ensuite vers 8 heures, mais qu'elle se sent toujours fatiguée. Les douleurs et la grande fatigabilité sont également évoquées dans les limitations fonctionnelles de l'assurée.

De surcroît et surtout, ces difficultés ont été prises en considération dans la description des empêchements dus à l'invalidité. En ce qui concerne le poste « Alimentation », il est notamment indiqué que la recourante prépare des repas simples à midi et le soir pour son mari. Elle met cependant beaucoup plus de temps pour cuisiner lorsque ses enfants sont présents le week-end, ce qui la fatigue et l'oblige à se reposer. Ses enfants et son mari l'aident pour débarrasser et faire la vaisselle. L'intéressée est également trop fatiguée pour faire les à-fonds. Dans ces circonstances, un empêchement de 20 % a été retenu, taux qui n'apparaît pas critiquable au vu des circonstances.

Les limitations de l'assurée ont aussi été prises en compte s'agissant du poste « Entretien du logement », étant précisé qu'une partie des travaux est à présent réalisée par une femme de ménage et que son mari et ses enfants l'aident lorsqu'ils sont présents. La recourante s'occupe ainsi de l'entretien courant de la maison, mais ne parvient pas à changer la literie, activité pour laquelle elle est aidée par sa famille. Les vitres et les à-fonds ne sont plus effectués depuis l'atteinte. Pour ce poste, un empêchement de 60 % a toutefois été retenu, ce qui correspond effectivement à une appréciation plutôt large, dans la mesure où la

recourante bénéficie de l'aide des ses proches et d'une femme de ménage deux heures par semaine, ce qui constitue une aide exigible au regard de l'obligation de l'assurée de réduire le dommage (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 578).

Enfin, pour ce qui est du poste « Lessive et entretien des vêtements », il est indiqué qu'avant l'atteinte, la recourante gérait seule ce poste avec l'aide ponctuelle de ses filles. A présent, elle s'occupe toujours de la lessive avec ses filles lorsqu'elles sont présentes le week-end et le repassage a été délégué à la femme de ménage. Il a dès lors été tenu compte d'un empêchement de 10 %, ce qui n'est pas critiquable dans ces circonstances.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'évaluation des empêchements telle qu'effectuée par l'enquêtrice de l'OAI ne prête pas le flanc à la critique. Il s'agit en effet d'une analyse détaillée de la situation, réalisée au domicile d'AZ. \_\_\_\_\_ par une personne qualifiée. La recourante n'explique d'ailleurs pas en quoi les réponses qu'elle a elle-même données et qui sont consignées dans le rapport d'enquête du 25 mars 2013 ne tradiraient pas fidèlement ses propos où en quoi l'enquêtrice n'aurait pas été en mesure d'apprécier à leur juste valeur les différents paramètres entrant en ligne de compte. On ne voit pas non plus quelle incidence les injections de cortisone et la prise de médicaments contre la douleur auraient concrètement sur le taux d'invalidité pour la part ménagère. Quant à la trochantérite invoquée par l'assurée, outre le fait qu'elle ne semble pas avoir été attestée médicalement, la recourante n'explique pas quelle incidence cette atteinte aurait sur sa capacité à accomplir ses travaux habituels. L'argumentation soulevée par AZ. \_\_\_\_\_ ne suffit ainsi pas à remettre en cause les empêchements pris en considération, lesquels sont décrits de façon claire et convaincante dans le rapport d'enquête ménagère. De surcroît, les déclarations de la recourante telles que retranscrites par l'enquêtrice concordent avec l'appréciation faite sur le plan médical. En particulier, les difficultés pour se déplacer, les problèmes dans le maintien du rythme

diurne/nocturne, les difficultés de concentration et dans l'organisation du temps ainsi que la fatigue ressentie par l'intéressée sont mentionnés par ses médecins, notamment par la Dresse M.\_\_\_\_\_ dans ses rapports du 8 juin 2012 et du 20 septembre 2012 (cf. également rapport du 20 octobre 2012 du Dr L.\_\_\_\_\_, lequel mentionne toutefois une nette amélioration de la concentration et une stabilisation du sommeil, ainsi que le rapport du 15 août 2013 de la spécialiste en neuropsychologie C.\_\_\_\_\_). La diminution de la motricité fine et les troubles de l'équilibre intermittents lors de la marche sont quant à eux notamment évoqués par les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 28 juin 2012. Dans ces conditions et en l'absence d'erreurs entachant ce rapport, il convient de se rallier aux conclusions de l'enquêtrice de l'OAI s'agissant de l'évaluation des degrés d'empêchement dus à l'invalidité de la recourante.

Ainsi, l'addition des degrés d'empêchement relatifs aux différents postes donne un résultat de 23 %. Il en découle un taux d'invalidité sur le plan ménager de 6.9 % ( $23 \times 30 : 100$ ).

**c)** S'agissant du degré d'invalidité concernant la part active, la Cour de céans relève qu'il n'est pas contesté par la recourante. Certes, dans son rapport du 8 juillet 2016, la psychologue O.\_\_\_\_\_ est d'avis que le taux de 50-60 % auquel travaille la recourante paraît encore trop élevé et devrait être revu à la baisse. Cependant, c'est bien un taux inférieur qui a été pris en considération par l'OAI, soit une capacité résiduelle de travail de 28% (40 % moins une baisse de rendement de 30 %). Ce taux est en particulier conforme à celui préconisé par l'experte C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 août 2013 et par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 octobre 2013. Par ailleurs, le tableau décrit par O.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 juillet 2016 ne démontre pas d'aggravation notable depuis l'expertise de 2013, mais bien plutôt, globalement, une stabilisation de l'état de santé. La psychologue l'admet d'ailleurs, constatant, par rapport au dernier examen neuropsychologique pratiqué, une globale stabilité du tableau malgré quelques petites fluctuations.

Dans rapport du 15 octobre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_ a considéré que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle était de 40 %, grevée d'une diminution de rendement de 30 %, au terme du délai de carence.

Pour le reste, l'examen du dossier ne révèle aucun élément susceptible de mettre en doute le calcul réalisé par l'OAI. En particulier, la possibilité de recourir aux recommandations concernant les salaires édictées par la Société suisse des employés de commerce, sur lesquelles se fonde l'intimé pour établir les revenus de la recourante, a été confirmée par le Tribunal fédéral (cf. notamment TFA I 276/05 du 24 avril 2006 consid. 5.2.2 et M 9/05 du 6 octobre 2006 consid. 3.3). Quant à la nouvelle jurisprudence relative à la méthode mixte, elle ne saurait trouver application, puisque le recours à cette méthode dans le cas d'espèce ne s'inscrit pas dans le contexte d'une révision du droit à la rente faisant suite à la naissance d'un enfant et à la déclaration du parent assuré de vouloir réduire son temps de travail (TF 9F 8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4 ; cf. également Anne-Sylvie Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse - une appréciation, in: HAVE/REAS 4/2016 p. 479, et Thomas Gächter/Michael E. Meier, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, in: HAVE/REAS 4/2016 p. 484).

**d)** Au surplus, la décision de l'OAI n'est pas critiquable en tant qu'elle retient un taux d'invalidité global de 48.9 %, qu'il convient d'arrondir à 49 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Ce taux d'invalidité donne effectivement droit à un quart de rente (cf. consid. 3a supra).

**e)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il ne sera pas donné suite aux réquisitions de preuve formulées, du moins implicitement, par la recourante. En effet, on ne voit guère en quoi les auditions du mari et des trois enfants d'AZ.\_\_\_\_\_ seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent, les empêchements de la recourante ayant été correctement établis et pris en considération dans le calcul du taux

d'invalidité. L'expertise ménagère réalisée par l'OAI ayant ainsi pleine valeur probante, il n'y a dès lors pas lieu d'en ordonner une nouvelle.

**f)** Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**7. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

**b)** Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 octobre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'AZ.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière:

**Du**

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

- AZ.\_\_\_\_\_, 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 :