

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juillet 2020

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Métral, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

C. \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, coiffeuse de formation, mariée et mère de trois enfants, a travaillé depuis le 9 août 2003 en tant que coiffeuse à 40 % pour P.\_\_\_\_\_ Coiffure à [...], moyennant un salaire annuel de 23'475 francs.

Le 24 février 2016, au lendemain d'un massage, l'assurée, gauchère, a ressenti une parésie globale subaiguë du membre supérieur gauche avec troubles sensitifs distaux, symptomatologie pour laquelle elle a été examinée le 22 mars 2016 par le Dr B.\_\_\_\_\_, neurologue (rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2016). A la suite d'un bilan radiologique effectué les 30 et 31 mars 2016, elle s'est vu diagnostiquer un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique temporal droit avec parésie de la main gauche sur dissection carotidienne de présentation atypique, ainsi qu'une suspicion de sténose au départ de la carotide droite. Dans ce contexte, le Dr B.\_\_\_\_\_ a sollicité l'avis des spécialistes de la consultation des maladies neurovasculaires de la policlinique du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_) quant à la prise en charge de la patiente ; il a considéré pour sa part que l'intéressée devait éviter, *a priori* à vie, les contraintes mécaniques majeures de sa région cervicale comme des chocs directs, des torsions et des tractions intempestives, ainsi que de soulever des charges lourdes (rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2016). Un traitement ergothérapeutique a de surcroît été mis en œuvre.

Par envoi du 14 juillet 2016, l'assureur perte de gain J.\_\_\_\_\_ Assurances SA a porté les éléments précités à la connaissance de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le dossier transmis contenait également une demande de prestations de l'assurance-invalidité complétée le 8 juillet précédent par l'assurée, motivée par les suites de l'AVC susdit et faisant état d'une incapacité de travail de 50 % depuis le 22 février 2016 puis de 100 % depuis le 31 juillet 2016.

Interpellé par l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ a exposé le 22 août 2016 que la prise en charge neurologique de la patiente avait pris fin le 18 août précédent. En annexe figurait un rapport adressé par ce médecin le 18 août 2016 au Dr S. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée. Ce compte-rendu mentionnait le diagnostic de status après dissection carotidienne droite occasionnant un AVC fronto-temporal droit en février 2016, avec séquelles sensibles handicapantes, recanalisation partielle de la dissection justifiant une anti-agrégation plaquettaire à vie et sténose possible mais très probablement non significative de la carotide commune droite associée. S'agissant en outre d'une reprise de l'activité professionnelle, il était indiqué que même si les déficits résiduels attribuables à l'AVC n'étaient pas d'emblée évidents et tapageux [sic], ils étaient malgré tout non négligeables et se traduisaient par une notable diminution de la sensibilité fine pulpaire de tous les doigts de la main gauche dominante. Pour une coiffeuse, il y avait ainsi encore beaucoup de travail de rééducation, étant précisé que l'on ne pourrait juger du résultat final qu'au bout de douze mois d'évolution environ. Il y avait donc lieu d'encourager absolument la rééducation, y compris par le biais d'une reprise thérapeutique d'activité moyennant une incapacité de travail totale du point de vue assécurologique mais avec quelques heures de travail par jour à un rythme plus lent. La persistance d'une incapacité de travail permanente pour le moins partielle était en outre possible à long terme.

Par rapport du 2 septembre 2016, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail d'AVC ischémique fronto-pariétal droit le 23 février 2016 sur dissection carotidienne droite, ainsi que de syndrome métabolique. Il a précisé que la patiente se trouvait dans l'impossibilité complète d'exercer le métier de coiffeuse, le rendement y étant réduit de 90 %, et qu'elle pourrait effectuer trois à quatre heures de travail par semaine à visée thérapeutique, dans une activité adaptée au handicap. Parmi les pièces jointes à ce compte-rendu, figurait en particulier un rapport du 23 août 2016 des Drs W. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistant au Service

de neurologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ ; dans ce rapport, établi suite à une consultation du 3 mai 2016, les médecins émettaient diverses propositions thérapeutiques en faveur de l'assurée, laquelle avait réussi à reprendre partiellement son activité suite à l'amélioration de la maladresse au niveau de la main gauche.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 5 septembre 2016, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé à 40 % en tant que coiffeuse et ce depuis le 9 août 2003, par nécessité financière.

A l'occasion d'un entretien le 26 octobre 2016 avec un spécialiste en réinsertion de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle avait toujours travaillé en tant que coiffeuse et souhaitait poursuivre dans ce domaine, n'étant à ce jour pas dans l'attente d'une réorientation.

Répondant le 27 avril 2017 à une demande de renseignements adressée par l'OAI, le Dr B.\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail dans une activité adaptée était à réévaluer « *après la consultation de neuro-rééducation à l'hôpital T.\_\_\_\_\_* ». Concernant les limitations fonctionnelles, il a exposé que l'assurée était dans l'incapacité d'utiliser la main gauche (dominante) pour toute tâche exigeant un degré même minimal de dextérité fine. Ce médecin s'est pour le surplus référé à un compte-rendu établi par ses soins le 25 avril 2017 à l'attention du Dr F.\_\_\_\_\_ du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_. Aux termes de ce document, le Dr B.\_\_\_\_\_ constatait qu'aucune évolution significative, respectivement aucune récupération des troubles sensitifs n'avait pu être observée lors de l'examen réalisé le jour même, cela malgré la poursuite d'un traitement intensif d'ergothérapie. Ainsi, bien que de très bonne volonté, motivée et dynamique, la patiente n'arrivait pas à reprendre une activité professionnelle (de coiffeuse) efficace et en restait à une reprise thérapeutique. Le status neurologique demeurait superposable à celui observé en août 2016, avec pour l'essentiel des troubles sensitifs résultant en une main visiblement ataxique et maladroite. Le Dr F.\_\_\_\_\_ était conséquemment invité à se prononcer quant au potentiel d'optimisation

de la neuroréducation, à confirmer l'incapacité de travail de 100 % vraisemblablement définitive dans l'activité de coiffeuse et à s'exprimer sur l'orientation de la reconversion professionnelle.

Par rapport du 14 juin 2017, le Dr S.\_\_\_\_\_ a fait état d'un *statu quo* s'agissant de l'extrémité du membre supérieur gauche. Il a ajouté que la compliance était excellente et que la patiente attendait de se faire convoquer au Service de réhabilitation des maladies neurologiques du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_.

Lors d'un entretien le 15 juin 2017 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée a refusé catégoriquement une reconversion professionnelle.

Aux termes d'un rapport non daté indexé le 12 octobre 2017 par l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, du Service de neurologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, a renvoyé au rapport établi le 23 août 2016.

A teneur d'un avis médical du 3 novembre 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a considéré que l'état de santé devait être considéré comme stabilisé à plus d'un an de l'événement mais qu'il y avait toutefois lieu d'interpeller le Service de neuroréducation du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_.

Le 27 décembre 2017, l'assureur perte de gain J.\_\_\_\_\_ a transmis diverses pièces à l'OAI. En particulier, dans un rapport du 17 août 2017, le Dr W.\_\_\_\_\_ n'indiquait aucun diagnostic incapacitant mais mentionnait, en revanche, des atteintes sans impact sur la capacité de travail sous forme d'AVC droit mineur le 23 février 2016, d'hypertension et d'hypercholestérolémie. Se référant à l'unique consultation du 3 mai 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_ faisait état d'une diminution de la motricité fine de la main gauche et estimait la capacité de travail entre 70 et 80 % dans l'activité de coiffeuse, répondant en outre par la négative à la question de savoir si une autre activité adaptée était possible ou raisonnablement exigible.

Aux termes d'un rapport du 9 février 2018, le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment précisé, s'agissant du pronostic, qu'une amélioration au moins partielle était possible jusqu'à douze mois après l'AVC, étant rappelé que la patiente avait été vue à moins de trois mois de l'événement et que la prise en charge neurologique avait été tardive à environ huit semaines des symptômes. Il a évoqué une reprise de l'activité de coiffeuse à environ 50 % et estimé qu'une augmentation était possible ultérieurement, bien que n'ayant pas suivi la patiente. Il a de surcroît indiqué que les troubles de la motricité fine au niveau de la main gauche pouvaient avoir des répercussions sur l'activité de coiffeuse, que l'exigibilité de cette activité était « *non évaluable* » et que le rendement y était réduit par un ralentissement et une maladresse potentiellement handicapante. Mentionnant l'éventualité d'une amélioration partielle au travers d'un traitement ergothérapeutique, le Dr X. \_\_\_\_\_ a observé qu'une amélioration serait toutefois très limitée à deux ans de l'événement. Il a par ailleurs qualifié de « *non évaluable* » la reprise de l'activité professionnelle, respectivement l'amélioration de la capacité de travail. Ce médecin n'a en outre pas quantifié la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, relevant cependant - entre autres - que de possibles limitations existaient pour soulever/porter des charges et que la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance n'avaient pas été testées.

Interpellé par l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a attesté, par certificat médical du 12 février 2018, n'avoir ordonné aucun traitement en faveur de l'assurée. Il a précisé que la prise en charge avait été organisée tout d'abord à la consultation spécialisée des maladies cérébro-vasculaires du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_, puis par le Dr B. \_\_\_\_\_ qui avait sollicité l'Unité de neuroréhabilitation du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ en vue de se déterminer sur les séquelles et conséquences de l'état de santé de la patiente. En annexe, figurait en particulier une convocation du 20 novembre 2017 à une consultation prévue le 20 mars 2018 auprès de la Dre P. \_\_\_\_\_ du Service de neuroréhabilitation du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_.

Par rapport SMR du 15 mars 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu que les séquelles de l'AVC ischémique fronto-pariétal droit du 23 février 2016 avaient engendré une incapacité totale de travail du 23 février au 3 mai 2016 et que, depuis cette date, la capacité résiduelle de travail était de 80 % dans l'activité habituelle de coiffeuse et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, celles-ci consistant en une diminution de la motricité fine de la main gauche. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a plus précisément estimé que le Dr B. \_\_\_\_\_ avait émis un avis pessimiste en envisageant une impossibilité de fonctionner en tant que coiffeuse compte tenu des troubles sensitifs persistant à une année, alors même que le Dr W. \_\_\_\_\_ s'était quant à lui prononcé dans le sens d'une reprise du travail assez rapide. De fait, le Dr N. \_\_\_\_\_ a souligné que l'assurée avait repris son activité sans souhaiter de réhabilitation, de sorte qu'il y avait lieu de se rallier à l'évaluation consécutive à la consultation du 3 mai 2016.

D'une note d'entretien établie le 16 octobre 2018 par l'OAI, on extrait ce qui suit :

"Nous avons beaucoup de doutes quant à une exigibilité de 80% comme coiffeuse s'agissant d'un métier manuel demandant de la dextérité et de la précision, chez une assurée gauchère ayant une atteinte à la main G et des LF limitant les travaux fins.

Nous contactons l'assurée pour un point de situation. Elle nous informe :

- Elle ne s'est rendu[e] au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ qu'à une seule reprise et n'a eu aucun autre suivi  
[...]

- Elle n'a jamais pu reprendre la coiffure à son taux habituel [de] 40%. Elle fait tout au plus un 20% avec les horaires suivants : vendredis 8h30 - 12h00 et samedis 8h00-13h00. Elle doit assumer toutes les tâches habituelles (coupes, coloration/mèches, etc.) et sa patronne est toujours au salon, elle peut ainsi l'aider lorsque c'est difficile pour l'assurée.

[...]"

Dans un rapport final du 26 octobre 2018, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a émis des doutes quant à l'exigibilité

de l'activité de coiffeuse (s'agissant d'un métier manuel demandant de la dextérité, de la précision et de l'habileté), à l'égard d'une assurée gauchère ayant une atteinte à la main gauche avec des limitations fonctionnelles limitant les travaux fins. Il s'est par ailleurs référé aux indications fournies par l'intéressée quant aux modalités d'exercice de l'activité de coiffeuse auprès de P.\_\_\_\_\_ Coiffure. Cela étant, il a conclu que l'activité habituelle n'était pas pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles mais que, en revanche, l'exigibilité était totale dans une activité adaptée.

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 27 juin 2019, le statut de l'assurée a été évalué à 50 % active et 50 % ménagère. Quant aux empêchements ménagers, ils atteignaient 19,1 %.

En date du 28 juin 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, il a considéré que l'intéressée - considérée à 50 % active et à 50 % ménagère - présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 22 février 2016 et qu'au 22 février 2017, à l'issue du délai de carence légal d'une année, sa capacité de travail était de 80 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Il en résultait, sur le plan économique, un taux d'invalidité de 17,75 % inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente.

Par écrit du 3 septembre 2019 à l'OAI, la belle-mère de l'assurée a argué que l'intéressée était très diminuée depuis son AVC et a sollicité une nouvelle évaluation.

Par décision du 10 septembre 2019, l'OAI a confirmé son projet susmentionné, dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 7 octobre 2019, C.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, la recourante invoque les séquelles laissées par son AVC et soutient que ces

dernières représentent « *un gros problème* » dans son activité de coiffeuse. Elle ajoute avoir suivi durant deux ans des séances d'ergothérapie mais y avoir renoncé faute d'amélioration. Elle estime de surcroît qu'une reconversion professionnelle s'avère impossible dans la mesure où elle n'a qu'une seule main entièrement valide, soit sa main droite qui n'est pas sa main dominante. Pour étayer ses dires, la recourante produit un onglet de pièces comprenant notamment une attestation de son employeur du 7 octobre 2019 soulignant les difficultés rencontrées dans l'activité de coiffeuse.

Dans sa réponse du 5 décembre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 14 juillet 2016.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 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, de même que lors d'une révision de celui-ci : 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 ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur

patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**4.** Aux termes de la décision attaquée, l'intimé a retenu que l'assurée conservait une capacité résiduelle de travail de 80 % dans son activité habituelle de coiffeuse et de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - appréciation fondée sur l'avis émis le 15 mars 2018 par le Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR.

La recourante, pour sa part, a contesté ce point de vue en invoquant notamment les difficultés rencontrées dans l'exercice de son activité de coiffeuse.

**a)** Dans son rapport SMR du 15 mars 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est référé aux conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ du Service de neurologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, écartant en revanche l'avis - jugé trop pessimiste - du Dr B.\_\_\_\_\_, neurologue traitant. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que l'assurée avait présenté une entière incapacité de travail des suites de l'AVC ischémique fronto-pariétal droit survenu en février 2016 mais que, depuis le 3 mai 2016, la capacité de travail était de 80 % dans l'activité habituelle de coiffeuse et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à savoir diminution de la motricité fine de la main gauche.

**b)** On ne saurait toutefois souscrire à l'évaluation du Dr N.\_\_\_\_\_.

En effet, il faut rappeler que l'assurée n'a été vue qu'à une seule reprise par les médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, le 3 mai 2016, et que c'est sur la base de cette

unique consultation, effectuée à moins de trois mois de l'AVC survenu en février 2016, qu'ont été établis les rapports dudit service des 23 août 2016 (Drs W.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_), 17 août 2017 (Dr W.\_\_\_\_\_), 12 octobre 2017 (Dr Z.\_\_\_\_\_) et 9 février 2018 (Dr X.\_\_\_\_\_). Or ladite consultation n'avait aucunement pour but d'examiner la capacité résiduelle de travail de l'assurée des suites de l'AVC subi en février 2016, cet aspect n'étant du reste pas évoqué dans le compte-rendu de consultation du 23 août 2016. Bien au contraire, les neurologues du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ ont été interpellés en 2016 afin de donner leur avis quant à la prise en charge adéquate (cf. rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 15 avril 2016), cela alors qu'une évolution - en particulier par le biais d'une prise en charge ergothérapeutique - pouvait être escomptée entre une année et deux ans après l'événement (cf. rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 18 août 2016 et rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ du 9 février 2018). En d'autres termes, lors de la consultation du 3 mai 2016, l'état de santé de l'assurée ne pouvait donc pas être considéré comme stabilisé. Cette consultation apparaît dès lors insuffisante pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause sur l'exigibilité d'une activité professionnelle des suites de l'atteinte à la santé subie. C'est du reste ce qui explique l'absence de cohésion entre les différents rapports émis par les médecins du Service de neurologie du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, en référence à la seule consultation du 3 mai 2016. Notamment, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé le 17 août 2017 que l'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante ; il a paradoxalement retenu que la capacité de travail se situait entre 70 et 80 % dans l'activité de coiffeuse et a par ailleurs répondu par la négative à la question de savoir si une autre activité adaptée était possible ou raisonnablement exigible. La position ainsi défendue par ce médecin apparaît donc pour le moins équivoque. Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, il n'a émis aucune observation s'agissant de l'exigibilité. Enfin, le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est prononcé le 9 février 2018 de manière particulièrement réservée - évoquant une capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité de coiffeuse, susceptible d'amélioration, tout en indiquant pourtant que l'exigibilité de cette activité était « *non évaluable* », à l'instar d'une éventuelle reprise ou d'une amélioration de la capacité de travail. On notera également que le Dr X.\_\_\_\_\_ s'est abstenu de fournir une

évaluation claire s'agissant de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée aux limitations. Dans ces conditions, le Dr N. \_\_\_\_\_ pouvait difficilement se fonder sur l'avis des médecins du Service de neurochirurgie du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ pour évaluer la capacité résiduelle de travail de la recourante. Du reste, s'agissant de l'exigibilité de l'activité habituelle, il convient de rappeler que des doutes ont été émis à cet égard au sein même de l'OAI (cf. note d'entretien téléphonique du 16 octobre 2018 et rapport final du 26 octobre 2018), doutes que tend à corroborer l'attestation établie le 7 octobre 2019 par l'employeur de la recourante.

C'est par ailleurs le lieu de relever que le neurologue comme le médecin généraliste de la recourante, après avoir respectivement évoqué la nécessité d'une rééducation ergothérapeutique (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 18 août 2016) et une capacité de travail limitée à l'exercice d'une activité adaptée thérapeutique (cf. rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2016), se sont tous deux référés dès le mois d'avril 2017 à une consultation auprès du Service de neuroréhabilitation de l'Hôpital T. \_\_\_\_\_, rattaché au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ (cf. rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ des 25 et 27 avril 2017 ; cf. rapports du Dr S. \_\_\_\_\_ du 14 juin 2017 et 12 février 2018). Or cette consultation avait pour but d'obtenir une évaluation du potentiel d'optimisation de la neurorééducation, de confirmer l'incapacité de travail de 100 % vraisemblablement définitive dans l'activité de coiffeuse et d'examiner l'orientation d'une éventuelle reconversion professionnelle (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 25 avril 2017) ; l'avis des spécialistes en neurorééducation était plus particulièrement jugé nécessaire pour pouvoir se prononcer quant à la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2017). Cela étant, le SMR - et, corrélativement, l'OAI - pouvait difficilement passer outre cette évaluation, le Dr N. \_\_\_\_\_ ayant du reste expressément requis l'interpellation du Service de neurorééducation du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ en date du 3 novembre 2017. Certes, la recourante n'a finalement été convoquée que le 20 novembre 2017 à un rendez-vous prévu le 20 mars 2018 à la consultation de la Dre P. \_\_\_\_\_ du Service de neuroréhabilitation du Centre hospitalier

L.\_\_\_\_\_. Cette convocation était toutefois jointe au rapport du Dr S.\_\_\_\_\_ du 12 février 2018, de sorte que l'intimé ne pouvait pas l'ignorer. Il suit de là que l'avis émis le 15 mars 2018 par le Dr N.\_\_\_\_\_, faisant totalement abstraction des éléments susmentionnés, peut d'autant moins être retenu.

Peu importe, au demeurant, que la recourante se soit référée à une unique consultation au Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ lors d'un entretien téléphonique du 16 octobre 2018 avec l'OAI, alors même qu'elle en a vraisemblablement eues deux - une le 3 mai 2016, en neurologie, et une autre le 20 mars 2018, en neuroréhabilitation. Un oubli ou une confusion ne sauraient en effet être exclus en l'état du dossier, notamment à l'égard de deux consultations séparées de plus de vingt-deux mois dans le cas d'une assurée non représentée. En tout état de cause, ce seul élément n'est pas suffisant pour exclure que les spécialistes en neuroréhabilitation du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ se soient prononcés concrètement du point de vue l'exigibilité ou, à tout le moins, qu'ils soient en mesure de le faire plus précisément que leurs confrères neurologues ayant vu l'assurée le 3 mai 2016.

**c)** Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, aucun avis médical ne permet d'appréhender clairement l'impact des troubles consécutifs à l'AVC subi par la recourante au cours du mois de février 2016, et ce plus spécifiquement du point de vue de la capacité résiduelle de travail. De fait, les rapports fondés exclusivement sur la consultation de neurologie du 3 mai 2016 ne contiennent pas d'évaluation objective et convaincante de la capacité résiduelle de travail et on ignore, en outre, les conclusions émises en la matière suite à la consultation du 20 mars 2018 au Service de neuroréhabilitation du Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_.

En ce sens, l'instruction menée par l'intimé s'avère donc lacunaire.

Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au

principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé d'interpeller le Service de neuroréhabilitation du Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_ puis, après avoir le cas échéant procédé aux éventuelles mesures d'investigations supplémentaires qui s'imposeraient, de se prononcer à nouveau sur le droit aux prestations de la recourante.

**d)** Dès lors que la cause doit être renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au plan médical, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les autres aspects du dossier. Tout au plus relèvera-t-on que, quand bien même la clé de répartition du statut (50 % active et 50 % ménagère) et le taux des empêchements ménagers (19,1 %) ne sont guère contestés, il incombera malgré tout à l'office intimé d'examiner, à la lumière des conclusions du complément d'instruction à venir, l'opportunité de mettre en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Obtenant gain de cause sans l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours déposé le 7 octobre 2019 par C.\_\_\_\_\_ est admis.
- II.** La décision rendue le 10 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- 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 :

- C.\_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :