

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juillet 2013

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Dessaux et M. Berthoud, assesseur,
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

L._____, à Leysin, recourante, représentée par Me Luc Del Rizzo, avocat à Montreux,

et

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

Art. 6, 7, 8 LPGA; 4, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. a) L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 27 décembre 1949, a une formation de téléphoniste. Dès le 1^{er} juin 2005, elle a travaillé comme aide-comptable auprès de F._____ à 80%. Auparavant, entre 1984 et 2005, elle avait exercé la même fonction à 100% auprès d'un autre employeur.

b) L'assurée est en incapacité de travail depuis le 3 juillet 2007, date à laquelle un méningiome méningothélial, OMS grade I, du sphénoïde gauche a été diagnostiqué chez elle. Elle a été opérée le 24 juillet 2007 au Centre Hospitalier H._____ et la tumeur a fait l'objet d'une exérèse; l'incapacité de travail s'est poursuivie à temps plein jusqu'au 7 janvier 2008, l'intéressée reprenant son activité à 20% dès cette date puis à 25% dès le 16 juin 2008. Selon une attestation établie le 6 octobre 2010 par F._____, L._____ a augmenté son taux d'activité à 30% depuis le 1^{er} octobre 2010.

B. a) Le 13 février 2008, L._____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé). Répondant à un questionnaire complémentaire de l'OAI, l'assurée a précisé le 28 février 2008 que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait comme aide-comptable à 80%.

Dans un rapport médical du 14 mars 2008 à l'attention de l'OAI, la Dresse E._____, médecin-assistante auprès du service de neurochirurgie du Centre Hospitalier H._____, a précisé que la patiente présentait des troubles mnésiques, de la fatigue et des troubles visuels depuis juillet 2007, ainsi que des troubles de la marche. Le Dr V._____, médecin traitant de l'assurée, a souligné quant à lui, dans un rapport du 9 avril 2008, l'évolution favorable depuis l'intervention, hormis la fatigabilité ainsi que la diminution de l'intensité et de la durée de la concentration.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 2 juillet 2008. Dans son rapport du 16 juillet 2008, l'enquêtrice a conclu à l'absence de tout empêchement ménager dans le cas particulier, l'assurée, très soigneuse, assumant sans difficulté ses tâches ménagères et espérant encore améliorer sa forme, étant très persévérante et positive.

Dans un rapport du 21 octobre 2008 à l'attention de l'OAI, le Dr M._____, qui a remplacé le Dr V._____ subitement décédé, a souligné la persistance d'une fatigabilité importante, l'existence de lancées dans l'œil droit depuis la cicatrice opératoire jusqu'au palais et une insensibilité totale de la lèvre supérieure.

b) Dans le cadre de l'examen de la demande, l'OAI a soumis le dossier à son Service médical régional (ci-après: SMR), qui a ordonné la mise en œuvre d'une expertise qu'elle a confié au Dr Q._____, spécialiste en neurologie.

Dans son rapport du 21 juillet 2009, le Dr Q._____, après une anamnèse, un exposé des plaintes de l'assurée et un status clinique comprenant un examen neurologique et neuropsychologique, a posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail de "troubles discrets de la concentration, sans autre anomalie cognitive spécifique". Il émet en outre le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de "léger hémisyndrome gauche séquellaire post opératoire". Son appréciation du cas et son pronostic sont les suivants:

"Le tableau actuel est davantage dominé par une anxiété relativement importante ainsi qu'une perte de la confiance en elle-même de cette patiente, qui ne présente objectivement que des troubles légers des capacités de concentration, sans autre dysfonction organique spécifique à l'évaluation neuropsychologique détaillée. Les quelques troubles associés, sous forme d'un discret hémisyndrome G touchant les modalités superficielles de la sensibilité ainsi que quelques éléments de la coordination, sont tout à fait au second plan, sans répercussion significative sur les capacités fonctionnelles usuelles. En soi, la capacité de concentration dans le cadre d'une activité professionnelle n'est pas à même d'entraîner une limitation dépassant 20 %, mais la forte appréhension de la patiente et la perte de sa confiance en elle-même exacerbent visiblement la sensation d'incapacité, ce qui justifierait la mise en place d'un traitement antidépresseur de type Citalopram. Malgré l'absence d'anomalie neuro-ophtalmologique séquellaire significative, la patiente se décrit très intolérante aux écrans d'ordinateur, et il serait adéquat,

dans ce contexte, d'éviter la reprise d'une activité où la présence à l'ordinateur est importante. Plutôt que la reprise de la profession d'aide-comptable, un travail de bureau ou de réception où l'utilisation de l'ordinateur n'est qu'une partie minimale permettrait la reprise du travail à un taux de 80 % qui serait le mieux supporté et accepté. Dans le cadre du traitement antidépresseur signalé, il est possible qu'une amélioration ultérieure puisse encore avoir lieu, et pourrait être réévaluée après quelques mois, si nécessaire."

Dans son rapport médical du 10 août 2009, le Dr J._____, du SMR, a estimé que la capacité de travail exigible de l'assurée était, dès septembre 2008, de 25% dans l'activité habituelle (usage fréquent de l'ordinateur) et de 80% dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles tenant au travail de bureau et à l'usage restreint de l'ordinateur en raison de troubles visuels subjectifs et des difficultés de concentration. Le médecin du SMR a considéré qu'il n'y avait aucun motif à cet égard de s'écarter des conclusions contenues dans l'expertise du Dr Q._____ qu'il considérait comme médicalement probante.

c) Le 3 décembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision lui reconnaissant un droit à une rente complète du 1^{er} juillet 2008 au 30 novembre 2008 (soit après 3 mois d'amélioration), le droit à la rente étant supprimé dès le 1^{er} décembre 2008.

L'assurée, par son conseil, a formulé le 25 janvier 2010 diverses objections à l'encontre du projet précité, mettant notamment en cause les conclusions formulées par le Dr Q._____ et retenues par l'OAI, rappelant aussi qu'elle n'était guère éloignée de l'âge de la retraite et qu'il lui serait difficile de trouver aujourd'hui un employeur prêt à l'engager, ce d'autant que son état de santé nécessitait un milieu de travail adapté (sans ordinateur) et qu'il faudrait lui dispenser une formation professionnelle pour peu de temps. Elle estimait ainsi totalement fantaisiste d'envisager qu'un employeur accepterait d'engager une assurée proche de l'âge de la retraite, de lui dispenser une formation, ne serait-ce que basique, et de réaménager son milieu de travail en prévoyant un poste sans ordinateur, ce qui provoquerait une perte de temps et de moyens évidente pour son entreprise. Dans son écriture, l'assurée précisait encore avoir fait appel à un autre expert, des Hôpitaux

W._____ afin d'attester que les difficultés et les troubles présentés engendraient une incapacité de travail réelle et ne relevaient pas du fantasme comme le laissait à penser le rapport établi par le Dr Q._____.

Le 27 janvier 2010, l'assurée a transmis à l'OAI les réponses fournies par le Dr Z._____, nouveau médecin traitant, au questionnaire que lui avait remis Me Del Rizzo. Ce praticien a souligné que, dans l'exercice de son activité lucrative, la patiente présentait des limitations importantes, celles-ci se manifestant sous la forme d'une fatigabilité, de troubles de la concentration, de troubles mnésiques et d'irritabilité, de même que d'intolérance au bruit et à l'agitation. Aucune limitation n'était en revanche à relever s'agissant de la tenue du ménage ou des actes de la vie quotidienne, quand bien même aucune activité soutenue n'était possible de manière générale. Selon le médecin traitant, l'assurée était encore capable de poursuivre son activité actuelle à un taux d'environ 40% mais ceci avec un rythme de travail adapté à sa pathologie et avec une ambiance de travail calme.

d) Le 11 mai 2010, l'assurée a produit un rapport d'expertise établi le 7 mai 2010 par le Dr R._____, médecin-chef du Service de neurologie des Hôpitaux W._____, qui, après une anamnèse, un exposé des plaintes, un status neurologique et un examen neuropsychologique, a retenu en conclusion ce qui suit:

"Cette patiente souffrant d'un très volumineux méningiome sphénoïdal gauche, opéré en juillet 2007, présente encore aujourd'hui une série de symptômes neurologiques et neuropsychologiques.

Neurologiquement, elle souffre d'une migraine post-lésion cérébrale invalidante ne cédant qu'aux triptans et ceci, que de façon intermittente. L'examen neurologique met en évidence une persistance d'une discrète vision double dans le regard vertical gauche inférieur, d'une hypoesthésie et dysesthésie désagréable des 2/3 de l'hémiface gauche, un Claude Bernard- Horner gauche et une vision des couleurs perturbée sur l'oeil gauche. Tous ces symptômes sont résiduels à la tumeur et à l'opération.

D'un point de vue neuropsychologique, la patiente a un déficit évident dans les fonctions frontales gauches, avec une fluence verbale déficitaire en comparaison à la fluence figurative, des problèmes d'inhibition et des problèmes d'interférence avec les séquences de Luria, des problèmes d'identification de concept et de suppression d'interférence de concept avec un Goldenberg pathologique, un problème d'identification de concept avec un Kramer pathologique. Elle a également des troubles de la mémoire verbale et figurative, des troubles attentionnels et de discrets problèmes langagiers. Ce groupement

de déficit est visible dans tous les examens neuropsychologiques depuis l'opération."

En outre, dans ses réponses au questionnaire annexe à l'expertise, le Dr R._____ a estimé que les affections dont souffrait l'assurée entraînaient une réduction considérable de sa capacité de travail, dans la mesure où elle ne pourrait plus travailler dans des situations de stress et nécessitant des doubles tâches, ni dans des emplois utilisant l'ordinateur de façon soutenue. Selon ce spécialiste, la fatigabilité accrue de l'assurée ne lui permettrait pas des durées de travail de plus de 3, voire 4 heures quotidiennes. Cela étant, il estime à un maximum de 40 % sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un avis médical du 27 mai 2010, le Dr J._____, du SMR, a estimé que l'expertise du Dr R._____, comparée à celle du Dr Q._____, consistait en une estimation différente d'une même situation, son défaut principal étant que l'intéressé ne se prononçait pas sur la première expertise rendue et n'expliquait pas pour quels motifs il s'écartait des conclusions de son confrère. Cela étant, le SMR a dénié à l'expertise R._____ la force probante nécessaire au regard de la jurisprudence.

Invité par courrier de l'OAI du 1^{er} juin 2010 à compléter son analyse en prenant position sur le rapport rendu le 21 juillet 2009 par le Dr Q._____, le Dr R._____ a, dans un courrier du 19 juillet 2010 au conseil de l'assurée, expliqué que les différences portaient en l'occurrence tant sur la forme que sur le contenu de leur expertise. Il s'est exprimé en ces termes:

"DIFFERENCES DE FORME

L'expertise du 21 juillet 2009 est une expertise neurologique avec délégation de toute la partie majeure, celle de l'examen neuropsychologique, à une neuropsychologue. L'expert n'est généralement pas présent durant cet examen (ce que confirme la patiente dans le cas présent), il ne voit donc pas les performances de la patiente, et tout le côté qualificatif d'un examen neuropsychologique, qui est d'une importance capitale, comparé aux résultats quantitatifs souvent "pseudo-psychométriques", lui échappe donc. Par conséquent, l'expert a intégré les résultats de la neuropsychologue dans son expertise, en se basant sur les scores et les observations de cette dernière plutôt que sur sa propre évaluation clinique.

En revanche, l'expertise que j'ai réalisée en date du 21 avril 2010, est une expertise "intégrée", c'est-à-dire que j'ai non seulement effectué moi-même l'examen neurologique et l'anamnèse, mais également un examen neuropsychologique complet d'une durée de plusieurs heures.

L'interprétation "purement" quantitative d'un examen neuropsychologique comporte des failles potentielles dans le cadre d'expertises. Ce problème est bien connu. La SIM (Swiss Insurance Medecine) m'a récemment invité à en parler (Olten 25.03.10).

DIFFERENCES DE CONTENU ENTRE LES DEUX EXPERTISES

1 - Migraines post - lésionelles:

Dans l'expertise du 21 juillet 2009, les migraines invalidantes post-lésion cérébrale qui entraînent près d'une semaine d'arrêt de travail par mois, ne figurent, ni dans le diagnostic, ni dans l'appréciation du cas et du pronostic. Ces migraines ne sont mentionnées que dans l'anamnèse réalisée par la neuropsychologue, mais ne sont pas intégrées dans l'expertise. Ces hémicrâniés sont survenues depuis la lésion cérébrale, la patiente n'était pas migraineuse auparavant et il n'y a pas d'histoire de migraine dans la famille, Leur intégration est importante, puisqu'un travail soutenu pendant plusieurs heures et en particulier sur ordinateur, déclenche ou accentue ces hémicrâniés (voir les pages 2 et 3 de mon expertise).

2 - Neuropsychologie:

Dans l'expertise du 21 juillet 2009 le seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail mentionné (page 6) est: "discrets troubles de concentration, sans autre anomalie cognitive spécifique, après ablation d'un méningiome sphénoïdal gauche". Mon examen neuropsychologique et neurocomportemental complet associé à l'appréciation des autres examens neuropsychologiques réalisés antérieurement (voir mon expertise page 4, "la comparaison") montre que la patiente souffre d'un déficit non seulement de concentration, mais aussi des fonctions frontales gauches avec une fluence verbale déficitaire en comparaison avec la fluence figurative, des problèmes d'inhibition et d'interférence, des problèmes d'identification de concepts et de suppression d'interférence de concepts et qu'elle souffre également de troubles de la mémoire verbale et figurative, de troubles attentionnels et de discrets problèmes langagiers. L'ensemble de ces déficits est visible dans tous les examens neuropsychologiques effectués depuis l'intervention chirurgicale.

Il ne s'agit donc pas uniquement de discrets troubles de concentration ensemble avec (je cite page 6 de l'expertise du 21 juillet 2009) "une anxiété relativement importante ainsi qu'une perte de la confiance en elle-même" - interprétation qui insinue un trouble relativement non spécifique de concentration associé à un développement anxio-dépressif, également non spécifique - qui, d'après cette expertise pourrait être traité par des antidépresseurs.

Je n'ai pas pu lors de mon examen et anamnèse, mettre en évidence la présence d'un état ou de signes anamnestiques anxio-dépressifs importants. Par contre, je trouve des déficits neuropsychologiques frontaux gauches focalisés. Il y a donc une correspondance entre cette tumeur massive frontale gauche et l'entité syndromique que forment les différents déficits neuropsychologiques.

3 - Neurologie:

Il y a des différences mineures concernant les déficits neurologiques persistants. Ces différences consistent en la persistance d'une discrète vision double dans le regard vertical gauche inférieur, d'un signe de Claude Bernard-Horner gauche, d'une perturbation de la vision des couleurs sur l'oeil gauche, non mentionnés dans l'expertise du 21 juillet 2009.

Je ne vais pas réitérer les réponses au questionnaire et mon appréciation de la capacité de travail (voir les pages 5 et 6 de mon expertise du 21 avril 2010), mais je tiens à souligner que la différence entre l'appréciation de la capacité de travail dans l'expertise du 21 juillet 2009 et la mienne, n'est pas uniquement "une interprétation différente d'une même situation" telle qu'estimée par l'Office de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est due à des éléments qui n'ont pas, jusqu'à présent, été pris en compte. A savoir: une hémicrânie migraineuse post-lésionnelle importante et invalidante et un déficit neuropsychologique focalisé persistant correspondant à la lésion cérébrale associés à une fatigabilité post-traumatique importante."

Le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a eu l'occasion de se prononcer le 7 juillet 2010 sur les deux expertises précitées et de répondre à un questionnaire qui lui avait été soumis par le conseil de l'assurée. Ce spécialiste a estimé que la capacité résiduelle de travail de l'assurée était nulle dans son ancienne activité d'aide-comptable mais qu'elle était de 40 à 50 % dans une activité adaptée, pour autant que l'intéressée ne soit pas confrontée à un écran d'ordinateur, qu'elle puisse évoluer dans un milieu calme et peu stressant et que l'activité comprenne des tâches simples. A cet égard, le poste occupé actuellement est adapté à la situation. A la fin de son rapport, le Dr D._____ a émis les remarques suivantes:

"A l'issue de leur expertise, les Pr R._____ et Q._____ aboutissent à la même conclusion: l'activité habituelle d'aide-comptable n'est plus adaptée, l'incapacité de travail y est totale. Les experts concluent à une capacité de travail résiduelle à un poste adapté mais divergent sur le taux, qui varie du simple au double (80% et 40%). Cette divergence est liée à l'importance que chacun des experts attribue aux séquelles neuropsychologiques. Étant donné le siège de la tumeur initiale (aile sphénoïdale gauche), il est clair que ce sont les tests de la lignée frontale qui doivent être particulièrement explorés. L'exploration du Pr R._____ est plus fouillée et apporte des éléments plus précis (il s'est attaché à explorer plus particulièrement les fonctions du lobe frontal gauche, ce qui ne nous étonne pas, étant donné que sa sous-spécialité est précisément la neuropsychologie). Il insiste également sur les troubles visuels résiduels qui, de par leur discrétion, peuvent échapper à un examen neurologique standard, mais expliquent les difficultés rencontrées devant un écran d'ordinateur et la fatigabilité accrue après quelques heures de travail. Ces précisions supplémentaires sont importantes et lui font conclure à un taux moins important que celui que l'on est tenté de fixer, si l'on s'en tient à un bilan neuropsychologique plus "général"."

Invité à se prononcer sur le rapport complémentaire du Dr R._____, le Dr Q._____ s'est exprimé, le 20 octobre 2010, de la manière suivante:

"1. *Le Prof Q._____ n'aurait pas procédé lui-même à l'examen neuropsychologique, délégué à une neuropsychologue*

L'examen neuropsychologique, comme son nom l'indique, est une investigation avec réalisation de tests neuropsychologiques, dont le spécialiste technique est le neuropsychologue. La réalisation des tests neuropsychologiques par les neuropsychologues est d'ailleurs la règle de pratique générale dans les services universitaires et non universitaires de Suisse (Suva, Cliniques de neurorééducation, ...). Dans le cadre d'une expertise, l'avantage est d'être confronté à des tests étalonnés et standardisés effectués par un collaborateur dont c'est précisément le métier, il ne s'agit donc en aucun cas d'une délégation, tout comme un examen ophtalmologique est effectué par un ophtalmologue ou un examen radiologique par un radiologue. Comme toutes investigations cliniques, il revient bien entendu au médecin, le cas échéant à l'expert, d'orienter, d'intégrer et d'interpréter ces bilans d'investigations. Ceci s'effectue dans le cadre de nos expertises après que l'expert lui-même a examiné cliniquement l'expertisé, et les données sont transcrites et utilisées après un colloque de discussion des résultats de l'examen neuropsychologique d'environ 1h. A notre avis, ce type d'évaluation qui fait ainsi intervenir 2 spécialistes est d'ailleurs de meilleure qualité que lorsque le patient n'est vu que par un seul examinateur même particulièrement expérimenté, d'autant plus que ce procedere permet une discussion des éléments évalués.

2. *Il n'aurait pas tenu compte des migraines post-lésionnelles*

A la page 2 de sa lettre du 19.07.10, le Prof R._____ écrit que les migraines "ne sont mentionnées que dans l'anamnèse réalisée par la neuropsychologue" et ne sont pas intégrées dans notre expertise. Ceci correspond vraisemblablement à une mauvaise lecture de celle-ci, puisque déjà au 1^{er} paragraphe du point A.2 "plaintes et données subjectives de l'assuré", j'y fais spécifiquement référence dans mon anamnèse. Dans cette anamnèse, datant du 09.07.09, la patiente n'a pas donné à ses céphalées une importance suffisante pour pouvoir les inclure de façon significative dans une incapacité de travail. Elle a notamment déclaré qu'elle réagissait bien et rapidement aux triptans. Dans l'anamnèse donnée quelque temps plus tard (21.04.10) au Prof R._____, un accent supplémentaire semble avoir été mis sur les céphalées, aboutissant par ailleurs un terme diagnostique inhabituel ("hémicranies migraineuses post lésionnelles"), terme qui ne se retrouve pas dans la classification des céphalées. En outre, on comprend mal le calcul qui aboutit à 9j/mois "d'invalidité" en tenant compte de la fréquence et des durées habituelles, et non pas maximales, rapportées par la patiente. Ces durées correspondent à 2-3j/mois de gêne, non limitée aux jours ouvrables, cette "gêne" ne nous ayant pas été rapportée par la patiente comme "invalidante" en juillet 2009, raison pour laquelle, tout en la décrivant, nous ne l'avons pas fait figurer dans les motifs d'incapacité de travail.

3. *Il aurait négligé l'importance du déficit des fonctions frontales G*

Comme une comparaison des paragraphes sur les fonctions langagières et exécutives frontales dans les 2 expertises le suggèrent (p. 4-5 de l'expertise du 21.07.09, p. 4 de l'expertise du 07.05.10), le bilan effectué en juillet 2009 à la Clinique G._____ n'est certainement pas moins riche en tests que celui effectué à Genève en 2010. La relecture de notre rapport montre que notre bilan n'a aucunement omis d'être focalisé sur les fonctions frontales, notamment G, lors de l'examen neuropsychologique. Par ailleurs, il semble à ce sujet que la conclusion du Prof R._____ parle d'elle-même (dernier paragraphe p. 4 de son rapport d'expertise), où après comparaison des divers bilans neuropsychologiques (dont le nôtre), il déclare "les différences et fluctuations entre les divers examens s'expliquent par l'utilisation de tests différents" concluant globalement à une identité/stabilité des résultats. On comprend donc mal l'affirmation qui achève la lettre du 19.07.10 comme quoi "la différence entre

l'appréciation de la capacité de travail dans l'expertise du 21.07.09 et la mienne n'est pas uniquement "une interprétation différente d'une même situation" telle qu'estimée par l'Office de l'AI, mais qu'elle est due à des éléments qui n'ont pas, jusqu'à présent, été pris en compte".

4. Enfin, il n'aurait pas pris en compte les troubles visuels séquellaires

Lors de mon examen neurologique, je n'ai pas retrouvé de dysfonction visuelle ou de l'oculomotricité significative, ce qui est d'ailleurs corroboré par l'examen ophtalmologique spécialisé effectué en octobre 2007 par le Dr [...], qui ne rapportait plus, à ce niveau, qu'une légère différence de perception dans l'intensité des couleurs entre les 2 yeux, sans mentionner aucune des discrètes anomalies retrouvées par le Prof R. _____. Nous avons d'ailleurs bien mentionné dans notre rapport la vision plus "terne" à l'oeil G (point A.2, p. 2 de notre rapport), et évoqué l'intolérance visuelle aux écrans lumineux (notamment point 4.5, p. 6) précisément pour justifier le fait de ne pas exposer la patiente aux écrans d'ordinateurs dans son activité professionnelle. Là encore, on ne constate rien de nouveau de significatif dans l'évaluation d'avril 2010, mais une interprétation qui aboutit à une estimation différente de l'incapacité de travail.

En somme, bien que respectant l'évaluation de mon éminent confrère, je ne puis souscrire à la conclusion comme quoi cette évaluation aboutit à un taux différent d'incapacité de travail par le fait qu'elle amènerait des "éléments nouveaux" car ces éléments figurent sans exception dans notre propre expertise. Sans doute faut-il donc conclure à une divergence d'interprétation de la même situation, comme l'Office AI l'a déjà évoqué, et ainsi se rallier à la déclaration du Dr D. _____ (point 8, p. 3 de son rapport du 07.07.10): "cette divergence est liée à l'importance que chacun des experts attribue aux séquelles neuropsychologiques".

Le 16 novembre 2010, après relecture des deux expertises, du complément du Dr R. _____ et de la réponse du Dr Q. _____, le SMR, par le Dr J. _____, a continué à privilégier l'expertise du Dr Q. _____ qui, à ses yeux, était exempte de contradictions internes, contrairement à celles du Dr R. _____.

Dans un courrier du 9 mai 2011 au conseil de l'assurée, l'OAI a estimé que les arguments soulevés le 25 janvier 2010 dans l'opposition au projet de décision appelaient les commentaires suivants:

"Votre employeur nous a informés avoir adapté votre poste de travail, notamment par la modification globale de votre cahier des charges, en qualité de réceptionniste et non plus d'aide-comptable. Effectivement, cette dernière activité - que vous exerciez auparavant à un taux d'occupation de 80 % - n'est plus exigible qu'à environ 25 %.

Malgré lesdites adaptations, votre employeur nous a fait part des difficultés que vous rencontrez. De ce fait, et après analyse de votre situation, notre spécialiste en Réadaptation, mandaté par nos soins, vous a contactée en vue de la mise en place d'un stage d'évaluation. Une telle mesure aurait permis d'objectiver une éventuelle baisse de rendement, le cas échéant de préciser d'éventuelles

limitations fonctionnelles "en situation" et de déterminer quelle activité était la plus adaptée à votre problématique de santé.

Vous avez décliné cette proposition et déclaré que vous ne vous estimiez de toute façon pas capable de travailler plus que 25 %, même dans une activité adaptée. Nous le regrettons: c'est donc par une approche théorique que nous avons statué sur votre demande.

En raison de votre statut mixte (active à 80 % et ménagère à 20 %) - dans la mesure où vous ne rencontrez aucun empêchement dans vos tâches ménagères - votre préjudice n'atteint pas 40 % dès fin 2008, dès lors qu'une aptitude à la réadaptation est reconnue.

Sur le plan médical, nous avons soumis le rapport du Professeur R. _____ au Service médical régional AI (SMR), qui relève que ce spécialiste ne s'est dans un premier temps pas prononcé sur l'expertise du Dr Q. _____ ni n'explique pourquoi il s'écarte des conclusions de ce dernier.

Des contradictions internes au rapport sont également présentes. Interrogé, le Dr D. _____, neurologue, confirme que la divergence des deux experts précités quant à l'exigibilité de la capacité de travail dans une activité adaptée (soit de 40 % pour l'un et de 80 % pour le second) est liée à l'importance que chacun des experts attribue aux séquelles neuropsychologiques.

Cela étant, selon le SMR, le rapport relatif à l'expertise du Dr Q. _____ est exempt de contradictions et convaincant: le fait que les tests neuropsychologiques aient été administrés par une tierce personne constitue plutôt un avantage, l'examen tient compte des migraines post-lésionnelles, des déficits des fonctions frontales gauches et des troubles visuels séquellaires. Nous ne voyons pas de raisons de nous écarter de cet avis.

En conclusion et au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé du [3 décembre 2009] doit être entièrement confirmé."

Par décision du 10 août 2011, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juillet au 30 novembre 2008, dite rente étant supprimée dès le 1^{er} décembre 2008, les termes de la motivation de la décision étant en tous points identiques au projet de décision du 3 décembre 2009.

C. Le 14 septembre 2011, L. _____ a recouru contre la décision précitée. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière lui est reconnu à partir du 1^{er} juillet 2008 jusqu'au 30 novembre 2008, une demi-rente continuant à lui être servie dès cette date. La recourante conclut subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

Dans le délai imparti, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant qu'il n'avait rien à ajouter au contenu de la décision attaquée.

Suite au départ à la retraite de l'ancien juge instructeur, l'affaire a été reprise en 2012 par un nouveau juge.

Par courrier du 5 février 2013, les parties ont été invitées par le juge instructeur à se déterminer sur l'arrêt de principe rendu le 25 octobre 2012 par le Tribunal fédéral (TF 9C_149/2011, publié depuis lors aux ATF 138 V 457), arrêt qui, à ses yeux, pourrait a priori rendre superflue la mise en œuvre d'une surexpertise. Les parties ont répondu par courrier du 12, respectivement du 18, février 2013.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il convient donc d'entrer en matière.

2. En l'occurrence, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente d'invalidité entière du 1^{er} juillet 2008 au 30 novembre 2008, dite rente étant supprimée dès le 1^{er} décembre 2008. Est seul litigieux le point de savoir si, en raison d'une atteinte à la santé, la recourante présente une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de faire perdurer son droit à des prestations de la part de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2008.

3. a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité; l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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.

Pour l'évaluation du taux d'invalidité, l'art. 28a LAI prévoit ce qui suit:

¹L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Le Conseil fédéral fixe le revenu déterminant pour l'évaluation de l'invalidité.

²L'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.

³Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité."

Aux termes de l'art. 16 LPGA, 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.

b) Pour pouvoir évaluer le degré et le taux d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

c) 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.

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, 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; ATF 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des

doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6; TF 9C_500/2011 précité loc. cit., TF 9C_28/2011 précité loc. cit., et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les réf. citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. En l'occurrence, en se fondant en particulier sur les conclusions émises par le Dr Q._____ dans le cadre de l'expertise réalisée le 9 juillet 2009 à la demande du SMR, l'OAI a considéré que, dès septembre 2008, la capacité de travail exigible de l'assurée était de 25% dans son activité habituelle mais que celle-ci pouvait toutefois être estimée à 80% dans une activité respectueuse des limitations fonctionnelles découlant de son atteinte à la santé (travail de bureau ou de réception où l'utilisation de l'ordinateur est minime). Cela étant, l'intimé a considéré que le préjudice de l'assurée n'atteignait plus, dès cette date, le degré d'invalidité requis pour l'octroi d'une rente et, partant, a supprimé celle-ci à l'issue des trois mois suivant l'amélioration constatée.

La recourante conteste ce point de vue. Elle se réfère en cela à l'expertise neurologique et neuropsychologique qu'elle a elle-même mise en œuvre auprès des Hôpitaux W._____ et au rapport établi par le Prof R._____ le 7 mai 2010, qui a mis en exergue une série de symptômes neurologiques et neuropsychologiques. Cela étant, le spécialiste a estimé, s'agissant des limitations dans l'exercice de l'activité lucrative, que les affections constatées entraînaient une réduction considérable de la capacité de travail de l'assurée, dans la mesure où celle-ci ne pourrait plus travailler dans des situations de stress et nécessitant des doubles tâches

ni dans des emplois utilisant l'ordinateur de façon soutenue. L'expert a conclu à une capacité résiduelle de travail de 40% et souligné qu'une amélioration à long terme de l'état de santé de l'assurée n'était pas probable.

Les deux expertises ci-dessus divergent quant à leur appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée. L'intimé a invité le Prof R. _____ à se déterminer sur l'expertise du Dr Q. _____, ce qu'il a fait dans le cadre d'un rapport complémentaire du 19 juillet 2010. Dans ce courrier, l'expert a détaillé les différences de forme et de contenu des expertises, qui donnaient lieu à des différences d'interprétation. Le Dr Q. _____ s'est lui-même déterminé le 20 octobre 2010 sur l'appréciation formulée par le Prof. R. _____, sans souscrire à son évaluation de la situation.

Un examen attentif des documents médicaux figurant au dossier, en particulier des expertises Q. _____ et R. _____, - dont il faut considérer qu'elles remplissent toutes deux les réquisits jurisprudentiels en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (ATF 134 V 231 et 125 V 351) - ne permet a priori pas, en l'état, de formuler une opinion définitive quant à la capacité de travail résiduelle de la recourante. Les deux médecins divergent en effet clairement quant à leur appréciation de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée: le Dr Q. _____ estime en effet que la limitation de la capacité de travail est de 20% pour des séquelles cognitives sous forme de troubles de la concentration et de l'attention. Pour le surplus, l'existence de troubles visuels subjectifs face à l'ordinateur suggère, selon lui, que la reprise d'une activité à un taux de 80% devrait être effectuée en évitant ce type de travail, dans le cadre d'une activité de bureau et de réception où l'activité à l'ordinateur ne joue que peu de rôle. Le Dr R. _____ relève quant à lui, dans son rapport du 7 mai 2010, que les affections présentées par l'assurée entraînent une réduction considérable de sa capacité de travail, dans la mesure où l'intéressée ne pourrait plus travailler dans des situations de stress et nécessitant des doubles tâches ni dans des emplois utilisant l'ordinateur de façon soutenue. La fatigabilité accrue de la patiente ne lui permettrait

pas des durées de travail de plus de 3, voire 4 heures, ce qui a amené le spécialiste à estimer à 40 % la capacité résiduelle de travail. L'appréciation que ces deux spécialistes portent sur la capacité de travail de Mme L. _____ diverge mais les différences des rapports portent aussi sur l'importance accordée à certains troubles somatiques, notamment des migraines post-lésionnelles ou de troubles visuels séquellaires.

Cela étant, la question de la mise en œuvre d'une surexpertise, de nature à déterminer laquelle des deux approches emporte la conviction, devrait normalement être envisagée. Il peut toutefois y être renoncé, vu les considérations exposées ci-après.

5. a) Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2; 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité

de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées).

Jusqu'à récemment, la jurisprudence n'avait pas fixé le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, celui-ci pouvant, selon les cas, être arrêté au moment de la naissance ou de la modification d'un éventuel droit à la rente, au moment où la capacité d'exercer une activité était attestée médicalement, à celui où une expertise était rendue, voire lors du prononcé de la décision litigieuse. Dans un arrêt du 25 octobre 2012, le Tribunal fédéral a néanmoins considéré que le moment déterminant correspondait à celui où l'on constatait que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4), dès lors qu'on ne pouvait, avant cette date, exiger de l'assuré la reprise d'une activité en fonction d'une éventuelle capacité résiduelle de travail dont il ne connaissait pas l'étendue.

b) Dans le cas particulier, la recourante, née en décembre 1949, était âgée de 58 ans et un mois lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations; elle était dans le mois de ses 60 ans lorsque le projet de décision de l'OAI lui a été communiqué et âgée de 61 ans et 7 mois lorsque l'intimé a rendu sa décision définitive. Lors du dépôt du recours, la recourante n'était pas loin d'atteindre ses 62 ans et elle est aujourd'hui dans sa 64^{ème} année.

Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.1; cf. aussi TF 9C _612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Ce dernier arrêt concernant un homme, on peut supposer que ce seuil devrait être légèrement plus bas s'agissant d'une femme, vu que son âge de la retraite est, jusqu'alors, plus bas (art. 21 LAVS [loi du Loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants; RS 831.10])

Lorsque, en lui adressant son projet de décision en décembre 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à percevoir une rente entière pour la période courant entre juillet et novembre 2008, celle-ci se trouvait déjà dans la tranche d'âge qualifiée d'avancé par le Tribunal fédéral. De plus, contrairement à l'avis initialement exprimé par l'OAI, il n'apparaît pas possible, en l'état, de trancher la question de la capacité résiduelle de travail de l'assurée sans mettre en œuvre une troisième expertise, les divergences résultant des avis par les Dr Q._____ et R._____ étant suffisantes à remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'OAI et de l'expert qu'il avait mandaté. Or, vu l'âge de l'assurée, un spécialiste ne pourra se prononcer qu'à un moment où dame L._____ aura définitivement atteint l'âge de la retraite. Quel que soit donc le résultat de cette surexpertise, même si celle-ci confirmait l'appréciation du Dr Q._____ et fixait la capacité de travail à 80%, on ne pourrait plus demander à l'assurée de changer de travail ou d'accepter un autre travail pour exploiter une capacité de travail résiduelle plus élevée que ce qu'elle admet elle-même en se fondant notamment sur le rapport du Dr R._____, le moment décisif permettant

de constater le cas échéant cette exigibilité ne pouvant se présenter au plus tôt que lorsque le rapport du nouvel expert sera rendu (cf. ATF 138 V 457 cité).

c) Des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir, en l'espèce, que la recourante dispose, sur la base du rapport établi, à valeur probante, par le Dr R._____, d'une capacité résiduelle de travail de 40% dans une activité adaptée.

La recourante ne soulève aucun grief relatif à la répartition de son statut d'active (80%) et de ménagère (20%) tel qu'il a été arrêté par l'OAI, ni ne remet en cause, à juste titre d'ailleurs, l'application de la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI). Elle ne conteste pas non plus le calcul de son revenu avec et sans invalidité ou le taux d'abattement dont l'intimé a tenu compte. Ces chiffres peuvent donc être repris tels quels, ce qui permet le maintien du droit, pour l'assurée, au versement d'une demi-rente dès le 1^{er} décembre 2008, compte tenu d'un taux d'invalidité global de 56.33 % résultant d'empêchements de 40% dans la part active, exercée à 80 %, et de l'absence d'empêchements dans la part ménagère exercée à 20% (revenu sans invalidité = 59'882 fr.; revenu de 40% avec invalidité : 20'841 fr. 50, dont à déduire un abattement de 15% = 17'715 fr. 30; perte de gain = 42'166 fr. 70, ce qui correspond à un empêchement de 70.41 %, soit à une invalidité totale de 56.33 % pour une activité à 80% [$70.41\% \times 80\% + 0\% \times 20\% = 56.33\%$]).

6. En définitive, il convient de réformer la décision rendue le 10 août 2011 par l'OAI en ce sens que L._____ a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2008.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI

230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. En tant qu'elle porte sur la période courant dès le 1^{er} décembre 2008, la décision du 10 août 2011 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est allouée à L._____. Pour la période antérieure à cette date, la décision est maintenue sans changement.

- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à L._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Luc Del Rizzo, avocat (pour L. _____),
- 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 :