

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Pasche, juge et Mme Pelletier, assesseure
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

U._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 LAI ; 6, 7, 8, 16, 17, 45, 61 let. c, let. f^{bis} et let. g LPGA ; 27^{bis} al. 2 à 4, 87 al. 2 et 3 et 88a al. 2 RAI ; 24 LPA-VD

En fait :

A. a) U._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, mariée (séparation en juillet 2013) et mère de trois enfants (nés en 1996, 2000 et 2005), est au bénéfice d'un diplôme d'ingénieure du génie rural O._____, spécialisation environnement, et d'un diplôme d'études postgrade O._____ en ingénierie et management de l'environnement. Elle a travaillé à 80% en qualité de cheffe d'équipe et responsable de projet du 1^{er} janvier 2003 au 30 novembre 2011 auprès d'A._____ (Développement de l'agriculture et de l'espace rural) à [...] (licenciement par l'employeur en raison d'une restructuration). Elle a présenté une incapacité de travail à des taux variables à compter du 8 novembre 2010 et a perçu des indemnités journalières maladie versées par H._____ (ci-après : H._____).

Dans un rapport du 11 avril 2011 à H._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu un état anxio-dépressif dans le cadre d'une surcharge professionnelle avec une aggravation progressive des troubles, soit notamment un trouble de la concentration plus important, une anhédonie, de la tristesse et des pleurs. Il a attesté une incapacité de travail totale du 8 novembre 2010 au 31 janvier 2011 et à 50% du 1^{er} février au 30 avril 2011.

Le 6 mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état d'une dépression comme atteinte à la santé.

Complétant le formulaire 531bis le 3 avril 2012, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% par intérêt personnel, financier et intellectuel.

Dans un rapport du 11 avril 2012 à l'OAI, la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique existant depuis novembre 2010. Elle a ainsi mis en évidence des difficultés relationnelles chroniques et répétitives dans son cadre professionnel en lien avec des aspects de personnalité paranoïaque, ajoutant que sa patiente vivait en outre un conflit de couple majeur depuis longtemps fragilisant ses facultés adaptatives. Elle a estimé que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle était de 50% du 18 avril au 15 septembre 2011, de 100% du 16 septembre au 21 décembre 2011, de 80% du 22 décembre 2011 au 15 avril 2012 et de 60% dès le 16 avril 2012 pour une durée indéterminée.

Par communication du 25 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais inhérents à l'atelier « Ressources » du 7 mai au 4 juin 2012.

Dans un rapport médical du 30 mai 2012 à l'OAI, le Dr V._____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif dans le cadre d'une surcharge professionnelle existant depuis fin 2009, de gonalgie et de talalgie dans le cadre d'une rétraction du fléchisseur du gros orteil et épine calcanéenne avec insertionnite de l'aponévrose plantaire. Il a attesté une incapacité de travail de 100% du 08 novembre 2010 au 31 janvier 2011, de 50% du 1^{er} février 2011 au 5 septembre 2011, de 100% du 6 septembre 2011 au 21 décembre 2011, de 80% du 22 décembre 2011 au 15 avril 2012 et de 60% dès le 16 avril 2012. Ce praticien a annexé plusieurs rapports médicaux dont celui du 27 janvier 2012 du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, lequel n'avait pas d'explication pour les gonalgies bilatérales hormis une tendance à l'hyperlaxité ligamentaire, ainsi que pour les talalgies gauches mal focalisées, l'éperon n'étant au demeurant pas érosif.

Le 13 septembre 2012, la Dre Q._____ a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était désormais de 60% du 14 août au 10 septembre 2012 et de 70% du 11 au 24 septembre 2012.

Par communication du 20 septembre 2012, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un cours de formation par la réalisation de projets concrets en groupe, du 1^{er} octobre 2012 au 31 décembre 2012, auprès d'E._____ à [...], mesure interrompue le 24 novembre 2012 à la suite d'une fracture complexe radius-cubitus droit intra-articulaire, nécessitant deux interventions chirurgicales les 25 novembre 2012 (réduction ouverte) et 30 novembre 2012 (correction d'une incongruence articulaire). L'assurée a dès lors présenté une incapacité de travail totale du 23 novembre 2012 au 14 mars 2013.

Dans un rapport d'examen du 10 avril 2013, le Dr T._____ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) a constaté que l'évolution de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique avait été lentement favorable permettant d'augmenter la capacité de travail au cours de l'été 2012 pour atteindre 70% en septembre 2012 avec une augmentation à 100% prévue en fin d'année. Toutefois, un accident avec fracture compliquée du poignet droit avait entraîné une nouvelle incapacité de travail totale. En septembre 2012, au terme du délai de carence en fonction de la demande tardive, la capacité de travail était de 40%. Dès mars 2013, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité.

Par communication du 12 avril 2013, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais pour l'obtention notamment de la certification I._____, auprès d'E._____ à [...], du 15 mars au 14 juin 2013.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 11 novembre 2013 (rapport du 14 novembre 2013). Un degré d'invalidité de 31,5% a été mis en évidence dans la sphère d'activité ménagère, à laquelle l'assurée se consacrait à 20%.

Par décisions du 12 décembre 2014 confirmant un projet de décision du 14 août 2014, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente

d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2012 (soit six mois après le dépôt de sa demande), puis une rente entière du 1^{er} février 2013 en raison de l'aggravation de son état de santé jusqu'au 30 juin 2013 (soit trois mois après l'amélioration de son état de santé constatée dès le 16 mars 2013). Ces décisions sont entrées en force. L'assurée a bénéficié de prestations chômage jusqu'en novembre 2013.

b) Le 4 mai 2016, l'assurée a informé l'OAI que sa situation médicale s'était péjorée depuis sa dernière demande AI et a sollicité une réévaluation de son cas. Par courrier du 11 mai 2016, l'OAI a invité l'intéressée à lui transmettre une nouvelle demande dûment complétée et signée.

Dans un rapport du 15 juin 2016 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et nouveau psychiatre traitant, a indiqué qu'il suivait l'assurée à sa consultation depuis le 18 mars 2014, retenant le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il évaluait la capacité de travail de sa patiente à 50% au vu de ses limitations attentionnelles mnésiques, du manque d'énergie ainsi que de la difficulté à s'organiser, précisant que cette capacité de travail était fluctuante et qu'elle s'aggravait par moment avec une diminution à 30%. Il observait que depuis 2014, l'état global de la patiente s'était aggravé avec un épuisement de plus en plus important concomitant à toutes les difficultés traversées dans le contexte de l'éducation de ses enfants et de son divorce extrêmement difficile. Il n'entrevoyait pas d'augmentation de la capacité de travail dans l'année à venir à plus de 50%.

Le 23 juin 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI pour cause de dépression. Elle a présenté une incapacité de travail à 100% du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014 et à 50% dès le 1^{er} janvier 2015. Dans l'intervalle, elle a travaillé en qualité de collaboratrice scientifique à l'Y.____ de décembre 2014 à juillet 2015 (emploi temporaire subventionné), puis a enseigné dans des classes de différents établissements scolaires de novembre 2015 à juin 2016 (20 à

30%) et enfin dès septembre 2016 en qualité de collaboratrice catéchèse à 50% auprès de la L.____ L.____).

Par courrier du 30 août 2016 à l'OAI, la Dre Q.____ a exposé que l'assurée n'était plus suivie à sa consultation depuis mars 2013. En effet, d'un commun accord, elles avaient estimé qu'une méthode de thérapie plus axée sur le cognitivo-comportementalisme lui serait profitable, raison pour laquelle elle l'avait adressée au Dr C.____. Elle l'a revue, à sa demande, pour un bilan sur trois entretiens, en septembre et octobre 2013. Elle vivait alors une période difficile en lien avec une séparation de couple, mais elle ne présentait pas de symptômes, notamment dépressifs, contre-indiquant une activité professionnelle.

Dans un rapport médical du 26 juillet 2016, le Dr V.____ a retenu que les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère, de migraine chronique et de status après fracture complexe du radius et cubitus distal avaient une influence sur la capacité de travail de sa patiente. Il a décrit une symptomatologie dépressive, avec manque d'élan vital, irritabilité, fatigue chronique, découragement, estimant la capacité de travail à 50% au maximum. L'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique hebdomadaire ou tous les 15 jours, d'un traitement anti-dépresseur et anxiolytique.

Complétant le formulaire 531bis le 27 juillet 2016, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80% par intérêt personnel et financier et ce, depuis 2005.

Par avis médical du 15 novembre 2016, la Dre R.____ du SMR a retenu que la nouvelle demande concernait la même atteinte qu'en 2012. Alors que l'évolution était favorable en mars 2013 (cf. courrier de la Dre Q.____ du 30 août 2016), une nouvelle aggravation était attestée par ses médecins traitants à partir de mars 2014. Actuellement, elle conservait des ressources psychiques et une capacité de travail de 50%. Son état de santé psychique apparaissait toutefois fortement fluctuant et dépendant des événements existentiels. Enfin, comme lors de la première

demande AI, l'assurée se déclarait 80% active ; toutefois, compte tenu des changements familiaux intervenus depuis lors, son statut devait être réévalué.

Dans un rapport initial du 15 novembre 2016 rédigé par Z._____, psychologue à l'OAI, il est notamment mentionné ce qui suit (sic) :

« (...).

En novembre 2013 l'assurée est en fin de droit au chômage. Elle touche le fond en janvier 2014, n'ayant pas de soutien social, plus de soutien financier, 3 enfants à charges. La dépression qui restait latente devient plus importante. Elle bénéficie alors du RI professionnel et participe à un emploi temporaire subventionné à la ville de [...] au département de l'environnement de décembre 2014 à avril 2015. Suite à cette mesure un stage rémunéré lui est proposé à 50% du mois de mai au mois de juillet 2015. Malheureusement sa fragilité psychique engendre des retards. Elle se sent très fatiguée et ne peut pas suivre le rythme imposé. Le stage n'est pas prolongé et son médecin la met en IT à 100% pendant 2 mois.

L'assurée tente alors de se reconvertir dans une activité qu'elle dit avoir toujours voulu exercer : l'enseignement. Du fait qu'elle n'est pas titulaire d'un diplôme de la S._____, elle ne trouve qu'un remplacement à l'école du [...] à 90% dans une école primaire en novembre 2015. Ce travail étant au-dessus de ses forces elle est mis en arrêt deux semaines (l'assurée nous explique qu'elle travaillait la nuit pour se renseigner sur le programme à dispenser). Finalement elle reprend à 30% à la rentrée. Toujours en raison de son absence de diplôme S._____, son contrat prend fin en juin 2016.

L'assurée trouve en 2016 un stage à la [...] dans le but de commencer une formation d'agent pastoral. Elle passe les tests avec succès à [...] en septembre 2016 et aurait pu être prise pour débiter la formation, payée par l'église, dès la rentrée 2016. Toutefois, consciente de sa fragilité, elle négocie avec l'Eglise la solution suivante : l'assurée suit un stage à 50% rémunéré à l'Eglise d'[...] ([...]) et une l'entrée en formation sera envisagée à la rentrée 2017. La formation consistera à suivre 2 jours de cours par semaine [...], une activité à 20% dans une église et des travaux personnels ».

Par courriel du 5 juillet 2017, le Dr C._____ a indiqué à l'OAI que sa patiente n'était absolument pas apte à faire des mesures actuellement. Dans ce contexte, la REA a fermé son mandat de réadaptation.

Dans un rapport du 10 juillet 2017 à l'OAI, le Dr C._____ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il a évalué l'incapacité

de travail de sa patiente de la manière suivante : à 100% du 14 juillet au 14 septembre 2014, à 50% du 15 septembre au 15 octobre 2014, à 50% du 15 novembre 2014 au 31 juillet 2015, à 100% du 1^{er} août au 30 novembre 2015, à 20% du 30 novembre au 13 décembre 2015, à 100% du 14 décembre 2015 au 3 janvier 2016, à 50% du 4 janvier au 1^{er} février 2016, à 60% du 2 février au 30 juin 2016, sans activité du 1^{er} juillet au 31 août 2016, à 50% du 1^{er} septembre 2016 au 5 mars 2017, à 90% du 6 mars au 12 mars 2017, à 80% du 17 avril au 30 juin 2017 et à 100% du 1^{er} juillet au 31 juillet 2017. Il a fait état des éléments suivants (sic) :

« Sur le plan professionnel, suite au rapport de la dresse Q. _____ en janvier 2013 la patiente pensait être capable de reprendre un travail à 80% mais elle n'a réellement jamais démontré cette capacité. A posteriori nous pouvons faire l'hypothèse que la patiente qui était au chômage et sans travail en 2013 et en 2014 était déjà en incapacité de travail à 50%. A fin 2014, elle a trouvé un stage dans le contexte du chômage à 50%. En juillet 2015, à la fin de ce stage, elle s'est trouvée complètement épuisée et a été à l'arrêt de travail à 100%. Elle a ensuite réussi, après énormément de recherche, à trouver un poste à durée limitée dans l'enseignement pour un temps partiel de 80% de décembre 2015 à juin 2016. Elle n'a été capable d'assumer ce taux que durant 2 semaines, par la suite elle n'a pu poursuivre qu'à 50% puis 40% en raison de ses symptômes. Elle décrit qu'elle se trouvait incapable de préparer les cours durant les vacances et parfois également le jour précédent ceux-ci. Elle a ensuite débuté un travail d'agent pastoral dans l'église catholique en août 2016 avec le projet de commencer une formation en accompagnement spirituel en août 2017. Suite à un réseau avec M. Z. _____ en novembre 2016, il a été décidé de renoncer à cela. Cela aurait demandé à la patiente une aptitude au travail de plus de 80%, c'est-à-dire 30% travail et 50% d'étude.

Avec sa situation familiale et de divorce, la patiente n'a pas eu d'espace pour se reposer et ses symptômes ont continué à augmenter. A tel point que depuis juillet 2017 elle est totalement incapable de travailler. La patiente devrait déménager ses prochains jours mais elle a été totalement incapable de faire des cartons ».

Par avis médical du 6 octobre 2017, la Dre R. _____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de préciser l'atteinte à la santé psychique de l'assurée, la présence d'une éventuelle comorbidité psychiatrique qui influencerait l'évolution de l'épisode dépressif actuel, de faire la part des choses entre les aspects médicaux et les facteurs extra-médicaux, ainsi que de préciser les limitations fonctionnelles, l'évolution de l'incapacité de travail depuis 2013, les aspects thérapeutiques et le pronostic.

Le 22 février 2018, H. _____, assureur perte de gain de l'employeur L. _____, a transmis à l'OAI le pré-rapport du 1^{er} février 2018 du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent de gravité légère et de personnalité histrionique et a évalué la capacité de travail de l'assurée au minimum à 50% sans baisse de rendement tous les après-midis. Précisant que « l'expertise suivra prochainement », le Dr B. _____ a notamment considéré ce qui suit :

« (...)

Nous nous trouvons face à une femme assez vive, dynamique, mais qui est d'emblée assez rigide et qui fait porter le poids de toutes ses difficultés sur son ex-mari et le comportement de sa fille, dont les raisons lui échappent, mais qui semble, selon elle, avoir été plus ou moins manipulée par son père.

Dans les faits, on s'aperçoit qu'il s'agit d'une femme un peu désorganisée dans la pensée, totalement autocentrée, incapable de remettre un tant soit peu en question son propre fonctionnement. On découvre au fur et à mesure que l'entretien se déroule que Madame U. _____ se plaint essentiellement d'une fatigabilité – elle dort pourtant au minimum dix heures par jour, il lui faut ces dix heures, d'ailleurs elle le revendique sinon elle a des migraines – et justifie une forme d'incapacité par le fait d'une fatigabilité surtout physique. A ce titre, Madame U. _____ sollicite massivement son entourage ; elle a fait appel à de nombreux membres de la Communauté catholique pour l'aider à faire ses cartons lorsqu'elle a déménagé au mois de juillet.

Madame U. _____ revendique une image parfaite d'elle-même et tend à valoriser son intelligence, ses compétences intellectuelles, mais ne prend pas ombrage du fait qu'elle déclare que "vu sa fatigue, elle n'arrive pas à s'intéresser et à écouter sa fille qui rentre de l'école et la sollicite pour lui parler de ses problèmes, car cela la fatigue". Probablement frustrée par l'absence de toute empathie véritable et de dialogue avec sa mère, cette dernière fait alors des crises de colère clastique en cassant des objets pour solliciter son attention.

C'est donc ici manifestement un trouble de la personnalité qui est au premier plan pour expliquer cette évolution très défavorable depuis 2013, qui ne concerne pas seulement son travail, mais aussi sa capacité à pouvoir s'assumer seule après sa séparation de couple qu'elle a pourtant initiée, tout comme l'éducation de ses enfants. Madame U. _____ revendique une image très favorable d'elle-même à laquelle elle ne supporte aucune critique. Probablement, l'assurée surestime ses réalisations et son potentiel objectif. Dès qu'elle est confrontée à des obligations, à devoir valider ses choix, la maladie sert de refuge, a une valeur excusatoire afin de ne pas remettre en question un narcissisme manifestement très fragile.

Au terme de notre analyse, la symptomatologie dépressive n'est pas si importante que cela à l'heure actuelle, grâce à une prise en charge réalisée dans les règles de l'art. On note un sommeil presque addictif, un appétit tout à fait conservé, avec un poids d'au moins 82 kg, pour 1.67 m (BMI : 29.40 kg/m²). Il n'y a pas de suicidalité. Certes, Madame U._____ est parfois un peu irritable et anxieuse, mais on ne peut pas parler d'une anhédonie ou aboulie chez une assurée qui peut investir néanmoins sa relation avec ses enfants et sollicite massivement son environnement pour l'aider et suppléer à tous ses manques, ses insuffisances, en d'autres termes qui exprime ici une profonde dépendance relativement infantile à l'égard de son environnement ».

L'OAI a finalement mis en œuvre une expertise psychiatrique laquelle a été confiée au Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport d'expertise du 16 août 2018, ce dernier a retenu les diagnostics d'une part de trouble dépressif moyen à sévère (F32.1) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint, son mari ayant une attitude particulièrement délétère et toxique pour elle (Z63). S'agissant du premier diagnostic, l'expert a précisé être tenté de retenir un état dépressif moyen dans la mesure où il existe des éléments négatifs à savoir un ralentissement, une apathie, une dysrythmie et un sommeil non réparateur. Il a toutefois estimé qu'il n'existait pas de suicidalité, ni de douleur morale importante, l'espace d'espoir étant conservé (cf. tests). Comme limitation fonctionnelle, il a fait état de difficultés d'adaptation et d'organisation, de difficultés de concentration et d'attention ressortant de l'auto-évaluation de l'assurée (voir p. 16). Concernant l'exigibilité, l'expert a indiqué que « nous pouvons au maximum évaluer un pourcentage de travail de 50% mais sa capacité est tout à fait fluctuante et peut redescendre à 30% ». Par la suite, il a retenu une exigibilité de 0 à 2h00/jour dans un travail de bureau ou d'enseignement, et évalue la capacité de travail à 20%. Selon lui, le pronostic dépendra principalement de facteurs extra-médicaux que sont l'âge des enfants et la procédure de divorce en cours.

Par avis médical du 20 septembre 2018, la Dre R._____ du SMR a considéré ce qui suit à propos de l'expertise du W._____ (sic) :

« (...).

Tout d'abord, nous observons que le status clinique de l'assuré[e] est quasiment inexistant : nous n'avons pas de renseignement sur la présentation et le comportement de l'assurée en situation d'examen, son humeur, la présence ou non de troubles objectifs du registre anxieux, psychotiques ou autres ; nous n'avons pas non plus une analyse approfondie des diagnostics retenus, ni d'un éventuel trouble de la personnalité ; nous ne retrouvons pas dans l'expertise quels sont les traitements actuellement pris par l'assurée, leur efficacité et la compliance de l'assurée à ces traitements ; il n'est pas non plus répondu à certaines interrogations du SMR soulevés dans son avis médical SMR du 06.10.2017 : y a-t-il une comorbidité psychiatrique qui explique le manque d'évolution du trouble dépressif depuis 2013 ? Les traitements entrepris sont-ils optimaux au vu du manque d'évolution ? Quelle est l'évolution de sa CT (réd. : capacité de travail) depuis lors ?

Finalement, l'exigibilité retenue par le Dr W. _____ est confuse (20% ou 50% ?) et les raisons d'une baisse de la CT de l'assurée également : quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre médical qui réduisent la CT de l'assurée ? Nous avons l'impression que les facteurs socio-familiaux prennent une place importante dans le fait que l'assurée ne travaille pas. Au terme de cette expertise, il persiste pour nous une interrogation quant à l'influence de l'atteinte à la santé de l'assurée vs des difficultés familiales et conjugales sur sa CT.

Le Dr B. _____ fait quant à lui une analyse différente de la situation clinique de cette assurée. En janvier 2018, il met en évidence, au premier plan, une personnalité histrionique qui explique l'évolution défavorable observée depuis 2013. Ce trouble n'influence pas seulement la CT de l'assurée, mais également sa capacité à pouvoir s'assumer seule après sa séparation de couple tout comme l'éducation de ses enfants. La symptomatologie dépressive n'est pas si importante selon le Dr B. _____, grâce à la prise en charge spécifique. Il estime la CT d'au moins 50%, au plus tard depuis le 01.02.2018, sans baisse de rendement. En revanche, le Dr B. _____ est réservé quant au pronostic de récupération d'une pleine CT au vu de l'évolution de ces dernières années. Cette exigibilité de 50% rejoint celle retenue par les médecins traitant de l'assurée (Dr C. _____, Dr V. _____).

Par conséquent, l'expertise du Dr B. _____ nous amène un certain nombre d'éléments objectifs qui nous apparaissent cohérents avec l'appréciation de l'exigibilité qu'il fait. Toutefois, le pronostic reste incertain, et partiellement dicté par des facteurs contextuels, ainsi que par les difficultés qui découlent de son trouble de personnalité (difficulté à s'autonomiser et à s'assumer, désorganisation de la pensée, manque d'introspection et de remise en question). Dès lors, nous sommes d'avis de suivre cette exigibilité de 50%. Celle-ci est valable depuis mars 2014 (date du début du suivi par le Dr C. _____ et du constat d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée) et dans toute activité compte tenu des limitations fonctionnelles d'ordre psychique, décrites ci-dessus.

Une révision de la situation médicale de l'assurée est à prévoir dans 2 ans ».

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au nouveau domicile de l'assurée le 14 novembre 2018 (rapport du 15 novembre 2018). Un degré d'invalidité de 8,2 % a été mis à jour dans la sphère d'activité ménagère, à laquelle l'assurée se consacrait à 20%. L'enquêtrice a fait état des observations/conclusions suivantes :

« Lors de notre entretien, nous avons pu remarquer les tremblements de l'assurée engendrés par le stress, et sa désorganisation manifeste. A son domicile, la table à manger, ainsi que le plan de travail n'étaient pas rangés. Nous avons pu noter les bacs de linge non repassés.

Toutefois, l'assurée peut encore s'occuper d'une partie des tâches ménagères, à son rythme, de manière irrégulière, sans horaire précis. L'assurée explique que c'est parce qu'elle n'a plus d'activité professionnelle qu'elle peut encore tenir son ménage. Elle a l'impression qu'elle vit à la demi-journée, car elle dort longtemps le matin.

L'assurée a l'aide de ses enfants pour certaines tâches ménagères, mais elle doit les rémunérer pour qu'ils en réalisent certaines. L'aide de ces derniers est exigible rémunérée ou non, et nous l'avons considérée dans l'évaluation des empêchements ».

Par communication du 18 juin 2019, l'OAI a pris en charge les frais d'orientation professionnelle/coaching individuel auprès de [...] à [...], du 29 avril 2019 au 31 octobre 2019.

Par projet de décision du 27 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui attribuer un quart de rente dès le 1^{er} décembre 2016 (soit six mois après le dépôt de la demande), puis une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2018 (compte-tenu de l'entrée en vigueur d'une nouvelle méthode).

Par décision du 27 mars 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2020 en précisant qu'elle recevrait ultérieurement une décision avec effet rétroactif.

B. Par acte du 27 avril 2020, U._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 27 mars 2020 et a

conclu, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours, principalement à la réforme de la décision précitée en sens que l'intimé est condamné à lui allouer une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps à compter du 1^{er} octobre 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a également sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale. Elle a tout d'abord fait valoir que le début de la rente devait être fixé au 1^{er} octobre 2016 compte tenu de son courrier du 4 mai 2016 demandant à l'intimé de réévaluer son droit à des prestations AI en raison de la péjoration de son état de santé. Pour l'essentiel, elle a contesté la valeur probante du rapport du Dr B. _____ sur lequel s'est fondé le SMR, respectivement l'intimé pour rendre la décision litigieuse, faisant en outre grief à l'intimé d'avoir écarté les conclusions du rapport d'expertise du Dr W. _____, qui n'étaient pas favorables à l'OAI, alors que l'office précité avait précisément mandaté cet expert le 2 mai 2018.

La cause a été enregistrée sous la référence AI 116/20.

Dans sa réponse du 29 mai 2020, l'intimé a proposé l'admission partielle du recours concernant le début du droit à la rente et son rejet, soit le maintien de la décision attaquée, pour le surplus.

Par décision du 25 juin 2020, la juge instructrice a octroyé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 27 avril 2020 et a désigné Me Jean-Michel Duc en qualité d'avocat d'office.

Dans sa réplique du 17 août 2020, la recourante a confirmé les conclusions de son recours. Elle a produit un rapport du 4 juin 2020 du Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel, écartant le diagnostic de trouble de la personnalité histrionique uniquement retenu par le Dr B. _____, a fait état d'un trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel étant qualifié de sévère, sans symptôme psychotique (F33.2) et a conclu que la capacité de travail de sa patiente ne dépassait pas 20%. La recourante a également transmis un courrier du 29 mars 2018 qu'elle

avait adressé à H._____, un courrier du 10 juillet 2020 du Dr V._____, lequel mentionnait l'isolement de sa patiente, suite à une demande d'allocation pour impotence du 24 juillet 2020 et un rapport médical du 7 août 2020 du Dr X._____ ajoutant le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (avec des traits paranoïaques et évitants).

C. Par décision du 21 juillet 2020, l'office AI a reconnu à U._____ le droit à un quart de rente du 1^{er} décembre 2016 au 31 décembre 2017, puis une demi-rente du 1^{er} janvier 2018 au 31 mars 2020.

Le 21 août 2020, l'assurée a déféré cette décision devant la Cour de céans en prenant des conclusions identiques à celles figurant dans son acte de recours du 27 avril 2020. La cause a été enregistrée sous la référence AI 242/20. Elle a en outre sollicité la jonction de cette cause à celle ouverte sous la référence AI 116/20.

Dans sa réponse du 23 septembre 2020, l'intimé a indiqué que la décision du 27 mars 2020 et celle datée du 2 juillet 2020 n'étaient en réalité qu'une seule et même décision notifiée en deux parties, la rente courante d'une part et le rétroactif d'autre part, raison pour laquelle il a conclu à la jonction des deux procédures actuellement pendantes.

Par ordonnance du 2 octobre 2020, la juge instructrice a prononcé la jonction des causes AI 116/20 et 242/20 en application de l'art. 24 LPA-VD, en précisant que la procédure se poursuivrait en conséquence sous la référence AI 116/20.

Par courrier du 5 octobre 2020, la juge instructrice a informé Me Duc qu'au vu de la jonction des causes, la décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 25 juin 2020 en faveur de sa mandante valait également pour la seconde procédure de recours (cause initialement sous référence AI 242/20).

Dans sa duplique du 16 septembre 2020, l'intimé a produit un avis médical du SMR du 31 août 2020 et a réitéré les conclusions prises dans le cadre de sa réponse.

Dans ses déterminations du 2 novembre 2020, la recourante a produit un rapport du Dr X. _____ du 26 octobre 2020, un courrier du CMS d'[...] du 17 août 2020, ainsi qu'une liste de ses opérations.

Dans son écriture du 24 novembre 2020, l'intimé a confirmé les conclusions de sa réponse.

Les parties ont procédé à plusieurs échanges d'écriture en date des 9 décembre 2020, 5 janvier 2021, 16 juillet 2021, 8 septembre 2021 (cf. production du rapport du 2 septembre 2021 du Dr X. _____), 23 septembre 2021, 11 octobre 2021 et 27 octobre 2021.

D. Le 11 janvier 2022, la juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont elle a confié la réalisation au Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Faisant suite à la demande de l'expert F. _____ du 2 avril 2022, la juge instructrice a requis de H. _____ la production du rapport d'expertise du Dr B. _____.

Par courrier du 12 avril 2022, H. _____ a produit le rapport d'expertise du 1^{er} mars 2018 du Dr B. _____ et des pièces annexées, documents qui ont été transmis à l'expert F. _____ et aux parties.

Dans son rapport du 11 juin 2022, le Dr F. _____ a posé, sur la base de son analyse, les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1), de trouble obsessionnel compulsif (F42.2) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Au titre de ses conclusions, il a retenu les éléments suivants :

« C. Synthèse, pronostic et conclusions

En résumé, l'assurée est une Suissesse d'origine[...], âgée de 55 ans, divorcée et mère de trois grands enfants qui vivent avec elle. Elle dit être très isolée et n'aurait pas d'ami de cœur en ce moment. Elle a des difficultés à gérer sa famille et surtout sa cadette qui présente d'importants troubles mentaux et du comportement.

Une anamnèse méticuleuse a mis en évidence des antécédents psychiatriques familiaux (graves troubles psychiques avec hospitalisation de la mère, médication tranquillisante chez quasiment toute la fratrie).

Sur le plan personnel, on retiendra une enfance maltraitée, des attouchements sexuels de la part d'un adulte vers l'âge de 6-7 ans et le traumatisme de l'hospitalisation psychiatrique de la mère, entre autres choses. L'intéressée a enfin été examinée par un psychiatre dans l'enfance, ce qui n'a rien de banal sachant les ressources psychiatriques dans son pays à l'époque.

Ces antécédents personnels et familiaux n'apparaissent pas dans les deux rapports d'expertise psychiatrique qui figurent au dossier de Mme U._____.

Cette bonne élève rapporte une scolarité sans problème majeur. Suite à un concours, elle a été retenue pour une formation d'ingénieure en Suisse qu'elle complètera par une spécialisation en management de l'environnement.

Dès qu'elle sera confrontée au premier marché du travail, Mme U._____ va rencontrer des problèmes et des problèmes relationnels en particulier. Elle sera bientôt symptomatique en termes d'un épisode dépressif au départ sévère. Elle sera licenciée en 2011, après une longue période d'arrêt de travail. Elle a par la suite timbré au chômage puis a été l'objet de différentes mesures professionnelles qui n'ont pas abouti. Elle ne travaille plus depuis l'été 2017.

Le contexte était par ailleurs celui d'un conflit conjugal gravissime avec, selon l'assurée, des violences physiques, sexuelles et psychologiques de la part de celui qui deviendra son ex-époux.

Pour le soussigné, l'intéressée relève d'un *trouble dépressif récurrent* dont l'épisode actuel est chronique et est en général de gravité moyenne et d'un *trouble mixte de la personnalité*. La présente évaluation a par ailleurs mis en évidence un *trouble obsessionnel-compulsif*, jamais diagnostiqué jusqu'ici. L'aggravation de ce trouble joue vraisemblablement un rôle important dans les limitations actuelles de l'intéressée.

Au terme de son évaluation, le soussigné considère qu'on doit admettre que l'incapacité de travail psychiatrique de Mme U._____ était de 50% depuis le mois de mars 2014 et qu'elle est restée globalement à ce taux jusqu'à la fin novembre 2016. Suite à l'aggravation en décembre 2016, l'activité de chef d'équipe et de responsable de projet n'est plus exigible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail exigible de l'intéressée est de 30%, sans diminution de rendement depuis décembre 2016. L'incapacité de travail de 70% devrait être fixée pour une longue durée.

Pour le soussigné, le traitement en place correspond à ce qui peut être proposé dans un tel cas. Le trouble obsessionnel-compulsif devrait toutefois être traité spécifiquement, en vue d'augmenter la qualité de vie de l'assurée. Il est en effet peu probable que ce

traitement voire des mesures professionnelles augmentent la capacité de travail de Mme U._____ ».

Dans ses déterminations du 7 juillet 2022, la recourante a fait siennes les conclusions de l'expert F._____, tout en estimant qu'il lui paraissait toutefois impossible de pouvoir mettre concrètement en valeur sa faible capacité de travail de 30% dans une activité adaptée en raison de ses limitations fonctionnelles et de ses très faibles ressources, ainsi que des concessions irréalistes de la part d'un employeur potentiel. La recourante a estimé par ailleurs que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 novembre 2018 devait être écarté. Elle a notamment produit un courrier du 28 juin 2022 de son assistante sociale, D._____, laquelle décrit ses difficultés sur le plan administratif, ainsi qu'un courrier du 1^{er} juillet 2022 de son ergothérapeute, M._____, lequel décrit les efforts qu'elle doit fournir dans les tâches qui ne sont pas complexes à réaliser. Elle a par conséquent maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de son droit à une rente entière d'invalidité.

Dans son écriture du 7 juillet 2022, l'intimé s'est référé à l'avis médical du SMR du 27 juin 2022 lequel a estimé que le rapport d'expertise du Dr F._____ était convaincant sur le plan médical et que ses conclusions étaient cohérentes avec ses constatations.

Le 30 août 2022, la recourante, par son conseil, a requis que les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr F._____ soient mis à la charge de l'intimé.

Invité à compléter sa liste des opérations déposée le 2 novembre 2020, Me Duc a indiqué par courrier du 13 septembre 2020 qu'il retirait sa demande d'assistance judiciaire.

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 utile 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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de la nouvelle demande de prestations déposée en 2016.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date des décisions litigieuses rendues les 27 mars et 21 juillet 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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 le

marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Selon la jurisprudence récente, tant les affections

psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

e) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

f) 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).

g) 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 asséculologique. 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).

5. Il s'agit en l'occurrence de déterminer si la situation de la recourante s'est modifiée depuis les décisions du 12 décembre 2014 de manière à influencer son droit à des prestations.

a) A la suite du dépôt d'une première demande de prestations Al le 6 mars 2012 pour cause de dépression, la recourante s'est vu octroyer par décisions du 12 décembre 2014 une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2012 au 31 janvier 2013, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} février au 30 juin 2013, soit limitée dans le temps. Si l'évolution de l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique avait été lentement favorable permettant d'augmenter la capacité de travail au cours de l'été 2012 pour atteindre 70% en septembre 2012 avec une augmentation à 100% prévue en fin d'année, un accident avec fracture compliquée du poignet droit le 23 novembre 2012 avait entraîné une incapacité de travail totale sur le plan somatique jusqu'à 14 mars 2013. Un degré d'invalidité de 31,5% avait été mis en évidence dans la sphère d'activité ménagère, à laquelle l'assurée se consacrait à 20%. Dans ce contexte, la rente d'invalidité avait été versée jusqu'au 30 juin 2013, soit trois mois après l'amélioration constatée en mars 2013.

b) L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante du 4 mai 2016 laquelle a indiqué quant au genre de l'atteinte une dépression. Il n'est pas contesté que la recourante présente une

pathologie psychiatrique, le Dr V._____ retenant uniquement un état dépressif comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail (cf. rapport médical du 26 juillet 2016 à l'OAI). Au stade de la procédure administrative, H._____, assureur perte de gain, a mis en œuvre une expertise psychiatrique confiée au Dr B._____ lequel a rendu le 1^{er} février 2018 un pré-rapport, expliquant que « l'expertise suivra prochainement ». Se fondant sur le pré-rapport précité, l'office intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail à 50% depuis mars 2014 respectant les limitations fonctionnelles psychiques. L'intimé a ainsi écarté le rapport d'expertise du 16 août 2018 qu'il avait lui-même mis en œuvre auprès du Dr W._____ en se fondant sur l'avis médical du 20 septembre 2018 du SMR. Ce dernier a estimé que l'exigibilité retenue par le Dr W._____ était confuse, de même que les raisons d'une baisse de la capacité de travail de l'assurée et l'importance des facteurs sociaux-familiaux dans l'évaluation de la capacité de travail.

La recourante se prévaut du rapport d'expertise du 16 août 2018 du Dr W._____ qui a retenu un trouble dépressif moyen à sévère (F32.1) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint, son mari ayant une attitude particulièrement délétère et toxique pour elle (Z63). S'agissant du premier diagnostic, l'expert a précisé être tenté de retenir un état dépressif moyen dans la mesure où il existe des éléments négatifs à savoir un ralentissement, une apathie, une dysrythmie et un sommeil non réparateur. Il a toutefois estimé qu'il n'existait pas de suicidalité, ni de douleur morale importante, l'espace d'espoir étant conservé (cf. tests). Comme limitation fonctionnelle, il a fait état de difficultés d'adaptation et d'organisation, ainsi que de concentration et d'attention ressortant de l'auto-évaluation de l'assurée (voir p. 16). Concernant l'exigibilité, l'expert a indiqué que « nous pouvons au maximum évaluer un pourcentage de travail de 50% mais sa capacité est tout à fait fluctuante et peut redescendre à 30% ». Par la suite, il a retenu une exigibilité de 0 à 2h00/jour dans un travail de bureau ou d'enseignement, et a évalué la capacité de travail à 20%. Selon lui, le pronostic allait principalement dépendre de facteurs extra-médicaux que sont l'âge des enfants et la procédure de divorce en cours.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, il sied de considérer que les pièces médicales au dossier ne permettent pas de déterminer le diagnostic présenté par la recourante, ni sa capacité de travail, justifiant ainsi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, tant l'expertise du 16 août 2018 du Dr W. _____ que le pré-rapport du 1^{er} février 2018 du Dr B. _____ ne sauraient emporter la conviction de la Cour de céans. Alors que l'expert W. _____ retenait le diagnostic incapacitant de trouble dépressif moyen à sévère, rejoignant ainsi le diagnostic retenu par les Drs C. _____ (rapport du 10 juillet 2017), V. _____ (rapport du 26 juillet 2016) et Q. _____ (rapport du 11 avril 2012), le Dr B. _____ a estimé que l'intéressée présentait au premier plan un trouble de la personnalité qui expliquait l'évolution très défavorable depuis 2013, ajoutant que la symptomatologie dépressive n'était pas si importante grâce à une prise en charge réalisée dans le règles de l'art. Il est pour le moins surprenant que l'intimé se soit fondé sur le pré-rapport du Dr B. _____, lequel précisait qu'il contenait quelques renseignements concernant le mandat et qu'il devait être envoyé aux médecins-traitants s'agissant des recommandations thérapeutiques, ajoutant que le rapport d'expertise suivrait prochainement. Or, ce rapport d'expertise n'a pas été versé au dossier AI au stade de la procédure administrative et l'on peut douter de l'exhaustivité de ce pré-rapport, lequel ne saurait être assimilé à un rapport d'expertise comme l'affirme à tort l'intimé. Par ailleurs, l'ensemble des médecins consultés (rapport du 22 mai 2017 du Dr V. _____ ; rapport du 10 juillet 2017 du Dr C. _____), ainsi que l'expert W. _____ (rapport du 16 août 2018) font état d'une évolution fluctuante de l'état psychique de la recourante, analyse que l'on ne retrouve pas dans le pré-rapport du Dr B. _____, lequel a été rédigé plus de deux ans avant les décisions litigieuses. Le Dr B. _____ ne discute au demeurant pas des appréciations des médecins traitants versées au dossier AI dont on ne sait s'il en a eu connaissance. A cela s'ajoute que l'analyse du Dr B. _____ ne permet pas de déterminer la capacité de travail future de l'intéressée, soit pour la période postérieure au pré-rapport, ce praticien se limitant à relever qu'il est difficile d'envisager à nouveau une pleine capacité de travail. Dans ce contexte, il n'est pas possible d'attribuer une quelconque

valeur probante au pré-rapport établi le 1^{er} février 2018 par le Dr B._____, tant les lacunes de ce document sont importantes.

bb) L'expertise du Dr W._____ est également lacunaire et ne convainc pas. Ce praticien n'a pas respecté, d'un point de vue structurel, les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Ainsi peut-on s'étonner que l'expert n'ait pas procédé à la synthèse des principales pièces du dossier, enjoignant l'intimé à se référer au CD. En ce qui concerne plus particulièrement l'anamnèse, il y a lieu de constater que l'expert a précisé qu'il n'était pas forcément nécessaire de revenir précisément sur les renseignements anamnestiques les qualifiant de « *bien connus de la patiente étant donné le nombre important de rapports médicaux effectués ainsi que la dernière expertise effectuée par le Docteur B._____ en 2017* ». Quant au status clinique, il est quasiment inexistant. L'expert n'a en outre pas procédé à une analyse approfondie des diagnostics retenus, ni fourni de description minutieuse d'une journée-type de la recourante, se contentant de lister quelques informations, alors que cet élément est fondamental pour déterminer les répercussions de la maladie dans les différentes fonctions de la vie quotidienne. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, si l'expert a retenu qu'elle était fluctuante entre 20 et 50% (p. 16 et 17), il n'a pas été en mesure de préciser l'exigibilité dans le temps, ni son évolution, étant rappelé que son rapport a été rendu près de deux ans avant les décisions litigieuses. Enfin, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité qui constitue un paramètre important de la grille d'évaluation des troubles psychiques sont évoquées en ces termes « *d'une certaine façon, c'est un niveau moyen de l'état dépressif et à l'arrivée l'impact invalidant qu'il représente* ».

De fait, il y a lieu de retenir que les conclusions auxquelles parvient le Dr W._____, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire, ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique.

d) aa) Les constats précités ont été confirmés par l'expert F._____, lequel a exposé les motifs pour lesquels il ne pouvait se rallier ni aux conclusions générales du rapport d'expertise du Dr B._____ du 2 mars 2018 - produit par H._____ à la suite d'une réquisition de la Cour de céans à la demande de l'expert F._____ -, ni à celles du rapport d'expertise du Dr W._____ (rapport d'expertise du 11 juin 2022, p. 24 et 25), notamment en raison de l'absence des antécédents personnels et familiaux, lesquels doivent être pris en compte pour l'évaluation de la situation selon l'expert.

Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a eu six entretiens avec l'expert F._____ (deux consultations au cabinet et quatre entretiens téléphoniques) qui, sur la base également d'une évaluation neuropsychologique effectuée le 3 mai 2022 par le neuropsychologue FSP P._____, sur des contacts téléphoniques avec le Dr X._____ et N._____, infirmier en psychiatrie en pratique privée (suivi de l'assurée en 2020 et 2021), a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F33.1), de trouble obsessionnel compulsif (F42.2) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). L'expert a résumé les pièces médicales et administratives versées au dossier, a procédé à une appréciation médicale sur la base des données anamnestiques (antécédents familiaux, antécédents personnels et socioprofessionnels, vie privée, antécédents médicaux, etc...), a rapporté les plaintes de l'assurée, a constaté les signes cliniques et a ordonné des examens en laboratoire (examen sanguin de débrouillage et taux sérique de l'antidépresseur prescrit), avant de rendre compte de son appréciation diagnostique, de ses conclusions et de son pronostic.

bb) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expertise du Dr F._____, dont le rapport du 11 juin 2022 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3 supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il comporte une anamnèse complète, fait état des plaintes

exprimées par la recourante, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués *lege artis* sur la capacité de travail de la recourante emportent la conviction. Après une discussion de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier, y compris les rapports d'expertise des Drs B._____ et W._____, ce rapport procède d'une appréciation clairement motivée de la situation par un spécialiste confirmé, et de conclusions parfaitement convaincantes.

En particulier, l'expert a retenu tout d'abord le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode dépressif actuel moyen, appréciation diagnostique qui rejoint celles que l'on trouve ordinairement au dossier selon les termes utilisés par le Dr F._____, ce dernier précisant en outre que le degré de sévérité du trouble a pu varier en intensité. Il a rappelé que l'anamnèse documente des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission, au vu de la longue histoire psychiatrique de l'assurée. Contrairement aux Drs B._____ et W._____, l'expert F._____ a mis en évidence des antécédents psychiatriques familiaux (graves troubles psychiques avec hospitalisation de la mère, médication tranquillisante chez quasiment toute la fratrie). Il a également retenu sur le plan personnel une enfance maltraitée, des attouchements sexuels de la part d'un adulte vers 6-7 ans et le traumatisme de l'hospitalisation psychiatrique de sa mère entre autres choses, l'assurée ayant elle-même été examinée par un psychiatre dans l'enfance, ce qui n'a rien de banal selon l'expert sachant les ressources psychiatriques du [...] à l'époque.

L'expert F._____ a également mis en évidence un trouble obsessionnel-compulsif jamais diagnostiqué jusqu'alors et en a décrit les principaux critères. L'expertisée s'est ainsi montrée surprise lorsque l'expert l'a questionnée quant à d'éventuels symptômes obsessionnels-compulsifs. Elle a admis qu'elle n'en avait jamais parlé à ses psychiatres mais qu'elle s'en était confiée à l'un de ses accompagnants sociaux. Selon l'expert, il était possible qu'elle ait été peu gênée par cette problématique avant l'aggravation de ces dernières années. Il est aussi envisageable qu'elle l'ait intégrée comme une part de sa personnalité, sans la

considérer comme une maladie et qu'elle ne pensait pas que ses difficultés pouvaient répondre à un traitement médical. Finalement, selon l'expert, il est très probable qu'elle ait eu honte de ce problème. L'expert a rappelé que ce trouble figure parmi les dix maladies qui ont le plus de conséquences en termes d'invalidité et qui s'améliore rarement sans traitement. Dans le cas présent, l'assurée rapporte des compulsions de comptage (plis des rideaux, carrelage). Elle se sent forcée de vérifier que les appareils électriques soient éteints et les portes fermées jusqu'à quatre reprises. Au travail, elle devait exagérément se contrôler et se reconstrôler pour s'assurer qu'elle n'avait pas commis d'erreur, ce qui conduisait à une perte de temps. L'assurée fait également état de compulsions de lavage et de nettoyage, se disant obsédée par la peur que ses mains ou que certains objets soient contaminés par des germes. Si elle ne prend qu'une seule douche par jour, il s'agit d'une « longue douche » qui dure une trentaine de minutes avec entre autres choses, un nettoyage très minutieux des aisselles. Elle se lave et se désinfecte les mains de nombreuses fois par jour. Sa peau est devenue sèche et irritée. Elle a indiqué à l'expert que la pandémie actuelle l'avait plutôt soulagée sur ce point, puisqu'elle pouvait se laver et utiliser les solutions désinfectantes de façon répétée sans attirer l'attention. Ces troubles se sont aggravés ces dernières années et lui font perdre beaucoup de temps, soit largement plus de deux heures par jour, mais également au travail avec des problèmes professionnels en conséquence. Elle est aussi anormalement préoccupée par l'ordre et par le risque d'erreur, cette dernière obsession ayant considérablement diminué son rendement au travail. L'expert a estimé que l'intéressée ne simulait pas le trouble. Qualifié de modéré dans le cas de la recourante, l'expert a constaté qu'il touchait plusieurs domaines (ordre, vérification, crainte de contamination), durait depuis des années et qu'il avait certainement induit un dysfonctionnement professionnel qui s'était aggravé ces dernières années.

L'expert a enfin posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Il a expliqué que la recourante enjolive son histoire personnelle et qu'elle présente des difficultés relationnelles qui remontent au début de l'âge adulte. Elle s'est ainsi engagée très tôt dans une relation

affective avec son ex-mari, alors que celle-ci s'était montrée d'emblée très problématique. Elle a mis beaucoup de temps avant de rompre alors que l'assurée dit qu'elle a été maltraitée sur le plan physique, sexuel et psychique. L'expert retient en premier des traits de personnalité paranoïaque qu'il qualifie de « marqués », qui se sont d'ailleurs manifestés en séance et qui ont été mentionnés par une première médecin psychiatre traitante qui les a vus comme une cause des difficultés personnelles de l'intéressée. L'expert fait également état d'éléments histrioniques, déjà notés par l'expert B._____, qui se manifestent par un certain théâtralisme.

Au chapitre de la cohérence, l'expert F._____ a considéré que le tableau clinique était cohérent compte tenu des diagnostics retenus. Si l'intéressée était théâtrale, elle ne majorait pas sa symptomatologie psychiatrique. Il n'y avait pas de discordance entre les plaintes de l'intéressée et ce qui était constaté. Elle avait toutefois une perception très négative de ses difficultés et de son état de santé. Elle coopérait bien aux traitements mis à sa disposition. L'expert F._____ a retenu un trouble mixte de la personnalité, lequel constitue le socle de la fragilité de l'assurée et de l'installation dans la chronicité de sa problématique anxieuse et dépressive, jouant en outre un rôle négatif sur ses capacités relationnelles. Au chapitre des ressources, l'expert relève les grandes difficultés de l'intéressée à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle sur la durée, faute de flexibilité et d'adaptation. Elle est au demeurant moins endurante que tout un chacun. Dans des situations de stress comme celles de conflits avec ses collègues ou la hiérarchie, elle est aujourd'hui limitée dans sa capacité à analyser une situation, à prendre des décisions pertinentes en conséquence, à planifier et à structurer ses tâches et à faire usage de ses compétences spécifiques. En principe, elle s'affirme adéquatement, mais est capable d'éclats dans certaines situations avec des conséquences négatives pour la relation avec ses collègues de travail. Avec ses proches, elle est capable de rapports adéquats, mais peut être occasionnellement dépassée par l'ampleur de la tâche que constitue la prise en charge de ses trois enfants

et de la cadette en particulier. En situation sociale, elle est peu à l'aise et tend dès lors à s'isoler.

cc) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire du Dr F._____, il convient de considérer que les atteintes à la santé psychique, soit un trouble dépressif récurrent (F33.1), un trouble obsessionnel compulsif (F42.2) et un trouble mixte de la personnalité (F61.0), ont des conséquences importantes sur le rendement de l'assurée, sa capacité à respecter les règles et les routines dans son activité professionnelle et sur ses capacités relationnelles entre autres choses. Par conséquent, l'expert estime que l'assurée présente, de mars 2014 à novembre 2016, une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Compte tenu de l'aggravation survenue en décembre 2016 (époque à laquelle l'intéressée n'arrivait plus à assumer son activité à l'église à un taux de 50%), l'assurée présente une incapacité totale d'exercer une activité de chef d'équipe et de responsable de projet et ce, pour une longue durée. Dans une activité adaptée, soit simple et répétitive, peu exposée à des contacts sociaux et sans avoir la responsabilité de personnes, des sollicitations multiples et des tâches complexes, la capacité de travail est de 30%, sans diminution de rendement, depuis décembre 2016 et ce, pour une longue durée. En effet, même si le traitement du trouble obsessionnel est en mesure d'améliorer sa qualité de vie, il est improbable que ce traitement, voire des mesures professionnelles, augmentent sa capacité de travail.

e) Il ressort de ce qui précède que l'atteinte psychique de la recourante s'est progressivement aggravée depuis mars 2014. L'on est par conséquent en présence d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA depuis les décisions du 12 décembre 2014. Il convient encore d'examiner si cette modification est susceptible d'influencer le droit aux prestations de la recourante.

6. L'OAI a retenu que la recourante avait un statut de 80% active et 20% ménagère, ce qui n'est pas contesté par l'intéressée.

7. a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais

uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

b) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

c) Jusqu'au 31 décembre 2017, la méthode mixte utilisait également la méthode générale de comparaison des revenus pour la part de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. En revanche, le revenu qui aurait pu être obtenu de l'activité à temps partiel n'était pas extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. L'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27^{bis} RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

8. a) aa) En l'espèce, pour la part active, s'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a retenu en 2015 (un an après le début de la nouvelle incapacité de travail constatée en mars 2014) un montant de 93'721 fr. à un taux contractuel de 80% (117'151 fr. 25 à un taux contractuel de 100%) correspondant à un revenu d'ingénieur en 2011 indexé à 2015, ce qui n'est pas contesté.

bb) S'agissant du revenu d'invalidité, on ne saurait suivre l'évaluation à laquelle a procédé la REA qui a retenu un montant de 81'866 fr. 34 correspondant à l'ESS 2015, TA1_skill level, niveau de compétence 3, soit des activités d'enseignement diverses ou emplois administratifs dans les assurances sociales (cf. calcul du salaire exigible du 9 octobre 2019). En effet, à la question de savoir quelle avait été l'évolution de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, l'expert F._____ a indiqué qu'une telle question était sans objet, l'assurée n'ayant pas pu être confrontée à une activité adaptée (rapport d'expertise du 11 juin 2022, réponse à la question 4.3, p. 31). Il convient par conséquent de retenir que les activités d'enseignement déployées par l'assurée n'étaient pas adaptées et il n'y a pas lieu de s'y référer. En l'occurrence, compte tenu d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité entre les mois de mars 2014 et novembre 2016, le degré d'invalidité se confond avec cette incapacité pour cette période, si bien qu'il n'est pas nécessaire de procéder à une comparaison de revenus précisément chiffrée.

cc) Par conséquent, s'agissant de la sphère lucrative, le degré d'invalidité était de 40% (80% x 50%).

b) aa) Dès le mois de décembre 2016, la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 30% dans une activité adaptée. Il convient par conséquent d'évaluer son degré d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative en procédant à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGa, conformément à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité applicable jusqu'au 31 décembre 2017. Comme l'a préconisé l'expert F._____, il sied de privilégier une activité simple et répétitive, peu exposée à des contacts sociaux et sans avoir la responsabilité de personnes, des sollicitations multiples et des tâches complexes. Dans le cadre de ses déterminations du 7 juillet 2022, la recourante estime que l'exercice d'une activité lucrative est totalement chimérique, dès lors que cet hypothétique employeur devra faire des concessions irréalistes. Elle fait référence au taux de 30% qui ne pourra jamais être augmenté, à ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'au respect des règles et de la hiérarchie.

En présence d'un état psychique maladif, il y a plus précisément lieu de se demander si et dans quelle mesure la personne assurée peut, malgré l'atteinte à sa santé psychique, exercer une activité lucrative sur un marché du travail équilibré correspondant à ses aptitudes. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Pour ce faire, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il ne suffit donc pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante ; il convient bien davantage de savoir s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF

102 V 165 ; arrêt I 138/98 du 31 janvier 2000 consid. 2b, in VSI 2001 p. 223 ; voir également ATF 127 V 294 consid. 4c in fine p. 298).

bb) Cela étant, on ne peut partager le point de vue de la recourante selon lequel toute activité adaptée est exclue. Il apparaît clairement qu'elle doit être limitée dans le sens indiqué par l'expert F._____, lequel n'a nullement évoqué comme limitation fonctionnelle l'impossibilité pour l'assurée de respecter les règles et la hiérarchie. Ses limitations fonctionnelles ont en outre été adéquatement prises en considération dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail qui est de 30%. En l'absence d'exercice d'une activité lucrative correspondant à l'exigibilité, il y a lieu de se référer pour fixer le revenu avec invalidité aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) soit, en 2016, de 4'363 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2016, tableau TA1_skill-level, niveau de qualification 1), soit 54'581 fr. par an compte tenu de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises de 41,7 heures en 2016 (Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). On aboutit ainsi à un revenu de 16'374 fr. 30 pour une activité exercée au taux de 30%.

cc) Quant au revenu sans invalidité, l'actualisation du montant de 93'721 fr. à un taux contractuel de 80% (117'151 fr. 25 à un taux contractuel de 100%) au moyen de l'ISS (tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 » ; + 0,7 % en 2016) met à jour un revenu déterminant de 94'377 francs.

La perte de revenu est par conséquent de 78'002 fr. 70 (94'377 fr. - 16'374 fr. 30), ce qui correspond à un taux d'empêchement de 82.65%. Le degré d'invalidité dans la part active est dès lors de 66.12% (80% X 82.65%).

c) aa) A compter du 1^{er} janvier 2018, l'entrée en vigueur du nouvel art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI impose de réévaluer le degré d'invalidité de la recourante. Pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, il convient de se référer à un taux théorique de 100%, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

bb) Ainsi, le revenu sans invalidité à 100% actualisé est de 119'025 fr. 70 (117'151 fr. 25 à un taux contractuel de 100% au moyen de l'ISS tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 » ; + 0,7 % en 2016, + 0,4 % en 2017 et + 0,5 % en 2018).

Pour fixer le revenu avec invalidité, il convient de se référer aux données statistiques, à savoir le salaire de référence auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités physiques et manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2018, 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires, niveau de compétences 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'556 fr. 77, ce qui donne un salaire annuel de 54'681 fr. 21. Compte tenu d'un taux d'activité de 30%, c'est donc un revenu avec invalidité de 16'404 fr. 36 qui doit être retenu en l'espèce.

cc) La perte de revenu est par conséquent de 102'621 fr. 34 (119'025 fr. 70 - 16'404 fr. 36), ce qui correspond à un taux d'empêchement de 86.2%. Le degré d'invalidité dans la part active est dès lors de 68.97% (80% X 86.2%).

9. a) S'agissant de l'évaluation de l'invalidité de la recourante dans la sphère d'activité ménagère, on dispose du rapport d'enquête économique sur le ménage du 15 novembre 2018. A la suite du rapport d'expertise du Dr F. _____ du 11 juin 2022, la recourante a estimé que le rapport d'enquête économique sur le ménage n'avait plus de valeur

probante, au vu des diagnostics et des limitations fonctionnelles retenus par l'expert (cf. déterminations du 7 juillet 2022). Elle a ainsi relevé qu'elle bénéficiait d'un suivi infirmier, d'un ergothérapeute pour la tenue de sa maison, d'une assistante sociale pour ses affaires administratives et d'une femme de ménage à raison de 4 heures toutes les deux semaines. Elle a produit à cet effet un rapport du 28 juin 2022 de son assistante sociale, qui relève les difficultés rencontrées sur le plan administratif, ainsi qu'un courrier du 1^{er} juillet 2022 de l'ergothérapeute confirmant qu'elle n'est pas en mesure d'initier seule une démarche et qu'elle fournissait beaucoup d'efforts dans des tâches qui n'étaient pas complexes à réaliser.

b) En ce qui concerne 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 (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine (sur les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, voir ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; 128 V 93 ; TFA I 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008, consid. 3.2.1; TFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.). Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009, consid. 4.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est, de jurisprudence constante, admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 s. et les références ; TFA I 761/81 du 15 septembre 1983, consid. 5 in RCC 1984 p. 143 s.). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013, consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

cc) En l'espèce, il est possible de connaître avec précision les travaux ménagers mis à la charge des enfants de la recourante. Ainsi, l'intéressée vit avec ses fils, étudiants, (nés en 1996 et 2000) et sa fille (née en 2005) (rapport d'expertise du Dr F._____, p.14). Les indications figurant dans le rapport d'enquête ménagère daté du 15 novembre 2018 correspondent aux explications relevées sur place. Pour chaque poste, l'enquêtrice a signalé sur la base des déclarations de l'assurée quelles difficultés celle-ci rencontrait dans l'accomplissement des tâches ménagères en raison de ses limitations et indiqué si elle déléguait certaines tâches à des membres de sa famille, pour lesquels l'aide était exigible. Il appartient en effet à l'enquêtrice de préciser, pour chaque poste du ménage, quels sont les travaux que l'assurée ne peut plus faire elle-même, quels sont ceux qui sont effectivement réalisés par ses proches et quels sont ceux que l'on pourrait exiger que ces derniers réalisent, en plus, au titre de l'obligation de réduire le dommage. L'évaluation de l'empêchement dans chacun des postes doit donc tenir compte de l'ensemble de ces critères avant d'être pondérée pour obtenir le degré d'invalidité dans chaque poste. En l'occurrence, une instruction complémentaire est d'autant moins nécessaire que l'application au cas

particulier de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité au sens de l'art. 27^{bis} RAI permet de toute évidence d'ouvrir le droit de la assurée à une rente entière à la suite de l'aggravation de l'état de santé constatée en décembre 2016, laquelle n'a pu influencer la capacité ménagère que postérieurement. Par ailleurs, il sied de relever que l'enquêtrice n'avait pas connaissance du trouble obsessionnel compulsif, diagnostic retenu par le Dr F. _____ à la faveur de l'expertise judiciaire mise en œuvre en 2022, l'expert considérant au demeurant que « *l'aggravation de ce trouble joue vraisemblablement un rôle important dans les limitations actuelles de l'assurée* ». A priori, même si l'on appliquait pour la période antérieure à l'aggravation de santé constatée en décembre 2016, soit près de deux ans avant le rapport d'enquête ménagère, un seuil d'empêchements très large de 20% (compte tenu de l'aide exigible des enfants) dans tous les postes de l'enquête ménagère du 15 novembre 2018, sauf pour « les soins aux enfants et aux proches » (vu l'âge des enfants), les « grands achats » et les « achats quotidiens » ainsi que « pour mettre la table, servir le repas, débarrasser la table », le total des empêchements atteindrait au plus 4.84% dans la sphère ménagère (24.2% X 20%), au vu du calcul suivant :

Activités	Pondération avant la survenance de l'invalidité en %	Limitation après la survenance de l'invalidité en %	Limitation dans l'activité particulière par rapport à l'ensemble des travaux habituels en %
Alimentation	40	20	8
Entretien du logement	20	20	4
Achats (uniquement poste, banques, démarches)	10	2	0.2

officielles)			
Lessive et entretien des vêtements	20	20	4
Soins aux enfants	10	0	0
Total	100		24.2

Un degré d'invalidité supérieur est clairement exclu au vu des explications données par la recourante à l'enquêtrice sur les activités ménagères qu'elle est en mesure de faire et sur l'aide qu'elle reçoit de ses enfants. Dans ce contexte, il n'est pas nécessaire de procéder à une nouvelle enquête économique sur le ménage, ni d'interpeller l'expert sur cette question, dans la mesure où le droit à une rente entière d'invalidité doit en tout état de cause être admis au vu du degré d'invalidité de la part active dès l'aggravation constatée en décembre 2016.

9. a) En définitive, il sied de retenir que la recourante présente une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} mars 2014 en raison d'une atteinte sur le plan psychique. Dans la mesure où la recourante a bénéficié d'une rente d'invalidité moins de trois ans auparavant pour les mêmes motifs, il n'est pas nécessaire que la condition du délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI soit remplie (art. 29^{bis} RAI). Le droit à la rente est en principe ouvert depuis le 1^{er} mars 2014, soit le mois au cours duquel l'état de santé de l'intéressée s'est aggravé. Toutefois, un éventuel droit à la rente ne peut intervenir que six mois après le dépôt de la demande, en application de l'art. 29 al. 1 LAI (ATF 142 V 547 consid. 3), soit en l'espèce à partir du 1^{er} novembre 2016 et non le 1^{er} décembre 2016 comme initialement retenu par l'intimé. En effet, par sa correspondance du 4 mai 2016, la recourante a manifesté son intention, voire sa volonté, de faire valoir de nouvelles prestations en relation avec l'aggravation de son état de santé. A réception, l'office AI a d'ailleurs réagi par l'envoi de la formule officielle sans toutefois lui impartir un délai. Par conséquent en déposant le 23 juin 2016 une demande en bonne et due forme, la recourante a fait rétroagir au 4 mai 2016 les effets de cette nouvelle demande (TFA_I 81/06 du 8 juin 2006 ; Circulaire sur la procédure en matière d'assurance-invalidité [CPAI], 2022, n°1008, p. 16) - ce qui est admis par l'intimé (cf. réponse du 29 mai 2020).

b) Il convient à ce stade de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité global de la recourante.

aa) Pour la période dès mars 2015, s'agissant de la sphère lucrative, le degré d'invalidité était de 40% ($80\% \times 50\%$), alors que dans la part ménagère, il était de 4.64% au maximum, ce qui entraîne un taux d'invalidité global de 44.64%, arrondi à 45%, ce qui permet l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2016, tel que retenu par l'intimé.

bb) L'aggravation constatée en décembre 2016 ayant duré plus de trois mois sans interruption notable, elle justifie une révision du droit à la rente, soit, *in casu*, une augmentation, à partir du 1^{er} avril 2017 (cf. art. 88a al. 2 RAI). Pour la période allant du 1^{er} avril au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité global s'élève à 70.96% ($[80\% \times 82.65\%]$) + ($[24.2\% \times 20\%]$), arrondi à 71%, ce qui permet l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

cc) Compte tenu de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité conformément au nouvel art. 27^{bis} al. 3, let. a, RAI, le taux d'invalidité global s'élève dès le 1^{er} janvier 2018 à 73.81%. ($[80\% \times 86.2\%]$) + ($[24.2\% \times 20\%]$), arrondi à 74%, ce qui permet le maintien d'une rente entière d'invalidité.

c) Sur le vu de ce qui précède, la recourante peut prétendre à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017, soit à l'échéance du délai de trois mois suivant l'aggravation de l'état de santé mise en évidence dès le mois de décembre 2016 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

10. a) Il y a donc lieu d'admettre partiellement le recours déposé le 27 avril 2020 contre la décision du 27 mars 2020 et d'admettre le recours déposé le 21 août 2020 contre la décision du 21 juillet 2020 et de réformer les décisions des 27 mars et 21 juillet 2020 rendues par l'intimé,

en ce sens que la recourante a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) aa) Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres termes, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouvertes une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de

documents. En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4).

bb) En l'occurrence, les lacunes du rapport d'expertise (mise en œuvre par l'intimé) établi le 16 août 2018 par le Dr W._____ ont été relevées par la Dre R._____ du SMR (avis médical du 20 septembre 2018) et détaillées dans le cadre du présent arrêt (notamment consid. 5c aa) supra). A ce stade, le SMR a finalement conclu que le pré-rapport du 1^{er} février 2018 du Dr B._____, dont l'expertise avait été mise en œuvre dans le cadre d'un litige d'assurance perte de gain, amenait un certain nombre d'éléments objectifs qui apparaissaient cohérents avec l'appréciation d'exigibilité. Tout en déplorant que le pronostic soit incertain, la Dre R._____ préconisait une révision médicale dans deux ans. Or, le SMR aurait dû porter un regard beaucoup plus critique sur l'exhaustivité de l'évaluation du Dr B._____ tant les lacunes de ce document sont importantes (notamment consid. 5c aa) supra), constat confirmé par l'expert F._____ (rapport d'expertise du 11 juin 2022, p.24).

cc) Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un pré-rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient être que manifestes au regard de la complexité de la situation médicale de la recourante mise en évidence par ses médecins traitants. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre la totalité des frais de l'expertise judiciaire, soit 8'202 fr. 50, à la charge de l'intimé.

d) Obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA) qu'il convient de fixer à 4'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, et de mettre à la charge de l'office intimé.

e) Il sied enfin de prendre acte que la requête d'assistance judiciaire a finalement été retirée par la recourante le 13 septembre 2022.

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

- I.** Le recours interjeté le 27 avril 2020 contre la décision du 27 mars 2020 est partiellement admis.
- II.** Le recours interjeté le 21 août 2020 contre la décision du 21 juillet 2020 est admis.
- III.** Les décisions rendues les 27 mars et 21 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que la recourante a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2016 au 31 mars 2017, puis à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** Les frais de l'expertise judiciaire, à hauteur de 8'202 fr. 50 (huit mille deux cent deux francs et cinquante centimes), sont

mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

VI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne, (pour la recourante),
- 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 :