

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 mars 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Brélaz Brillard, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Me Raphaël Tatti, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI ; 27^{bis} RAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, mariée et mère de deux filles nées en 1987 respectivement 1989, exerçait l'activité de médecin-dentiste indépendant depuis 1986. Dès le 11 août 2001, elle a présenté une incapacité de travail totale. Le 2 octobre 2003, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations tendant à une orientation professionnelle et à l'octroi d'une rente, indiquant comme atteinte à la santé « rechute de dépression ». Elle précisait, dans le questionnaire relatif à la répartition de ses activités lucrative et ménagère (formulaire 531bis complété le 24 octobre 2003), qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait, par intérêt personnel, nécessité financière et compte tenu des longues études, poursuivi l'activité de médecin-dentiste indépendant à plein temps, précisant que son plein temps (100%) depuis 15 ans était de 25 à 27 heures par semaine au minimum (20 heures « au fauteuil », 5 à 7 heures d'administration).

Dans un extrait du compte individuel de l'assurée du 17 octobre 2003, la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS a mis en évidence l'activité continue d'indépendante de 1986 à 2000, avec notamment des revenus de 78'900 fr. en 1996 et 1997, de 80'200 fr. en 1998 et 1999, et de 40'300 fr. en 2000.

Dans un rapport du 17 novembre 2003 à l'OAI, le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin responsable à la Clinique J. _____, a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans cet établissement à deux reprises, du 20 janvier au 17 février 1998 et du 16 août au 12 septembre 2001, pour état dépressif sévère. La dernière consultation remontait au 12 septembre 2001.

Dans un rapport du 19 novembre 2003 à l'OAI, le Dr L. _____, psychiatre traitant, a posé le diagnostic de dépression, existant depuis

janvier 1998 et entraînant une incapacité de travail totale depuis le 11 août 2001.

Dans un nouveau rapport du 16 juillet 2005, le Dr L. _____ a mentionné un état stationnaire et le maintien de l'incapacité de travail totale dans toute activité. Il a précisé que l'état dépressif était chronifié, l'assurée se maintenant plus ou moins bien à domicile comme femme au foyer, avec des hauts et des bas.

Par avis du 26 septembre 2005, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, aux fins de juger de l'importance du trouble dépressif et de l'exigibilité d'une activité professionnelle, soit collaboratrice dans le cabinet commun avec son mari, dentiste dans un autre cadre ou une autre activité.

L'expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rencontré l'assurée les 22 juin, 30 août et 27 septembre 2006. Dans son rapport du 29 septembre suivant, cet expert a présenté une anamnèse complète et posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'évolution de type dysthymie et de trouble spécifique de la personnalité émotionnellement labile, type personnalité limite. Il indiquait que sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de difficulté à diagnostiquer l'existence anamnestique (et actuelle) d'épisodes dépressifs récurrents, en évolution lentement favorable vers une dysthymie puis peut-être une réelle stabilité. Un trouble spécifique de la personnalité, en évolution lentement favorable avec l'âge, était également facilement mis en évidence. L'expert précisait que le pronostic restait lié à l'évolution de l'état dépressif et au traitement psychiatrique qui, à son avis, ne devrait pas être seulement médicamenteux. L'activité professionnelle de l'assurée en tant que dentiste indépendante travaillant avec son mari n'avait plus été possible depuis la survenance de l'épisode dépressif diagnostiqué cliniquement en 2001 avec désorganisation de la personnalité et syndrome somatique complet. Actuellement, l'évolution

semblait lentement favorable, proportionnelle à la résolution de l'épisode dépressif et surtout à la stabilisation émotionnelle avec renforcement positif de l'image d'elle-même ; toutefois la capacité résiduelle de travail lucratif était encore nulle. L'activité exercée jusqu'ici n'était actuellement pas exigible et ne le serait probablement plus. Il n'y avait pas de raison ni de possibilité d'exiger de l'assurée une autre activité ; le désir personnel de l'assurée était de s'engager à nouveau dans une autre activité professionnelle lucrative d'ici deux ans.

Le 21 avril 2008, l'OAI a rendu une décision d'octroi de rente entière d'invalidité limitée dans le temps, savoir du 1^{er} octobre 2002 au 31 mai 2007, confirmant un préavis du 12 juin 2007. Il exposait notamment que l'assurée, enjointe à se soumettre à un traitement régulier auprès d'un médecin psychiatre pour améliorer son état de santé, ne s'était pas conformée à son obligation de diminuer le dommage (art. 21 al. 4 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

Saisie d'un recours de l'assurée contre la décision précitée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 23 juin 2009, partiellement admis le recours de l'intéressée, annulé ladite décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision (cause AI 257/08 - 193/2009). Selon la Cour, l'instruction apparaissait lacunaire, les pièces médicales au dossier ne permettant pas de déterminer à partir de quand les mesures ordonnées à juste titre par l'OAI, et refusées par l'assurée, auraient vraisemblablement permis de restaurer la capacité de travail de cette dernière, ni dans quelle mesure. Il n'était en tout cas pas possible, sur le vu des pièces médicales au dossier, de retenir que l'acceptation par l'intéressée des mesures ordonnées lui aurait permis de récupérer une pleine capacité de travail dès le 31 mai 2007.

B. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a décidé la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage tendant à clarifier la question du statut de l'assurée et d'un complément d'expertise auprès du

Dr G. _____ aux fins de déterminer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles après le traitement médical préconisé.

Lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 4 mars 2010, l'assurée a déclaré se sentir un peu mieux depuis la mi-janvier et se focaliser sur une thérapie de reprogrammation cellulaire depuis la mi-novembre 2009, traitement qui semblait donner de bons résultats. Elle expliquait ne pas consulter de psychiatre, n'en ayant jamais rencontré un qui la comprenne et saisisse sa problématique, préférer consulter des thérapeutes, privilégier le travail sur l'état d'esprit et le corps et avoir cessé de prendre des médicaments anti-dépresseurs. Elle a indiqué avoir travaillé dans le même cabinet dentaire que son mari et son beau-père, environ 20 heures par semaine « au fauteuil » et environ 6 heures d'administration. Elle a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme elle le faisait avant son atteinte à la santé. Considérant que l'assurée avait déjà prouvé sa capacité de travailler à 50%, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut de 50% active et 50% ménagère. S'agissant des empêchements, l'enquêtrice les décrivait comme suit :

<<

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
6.1 Conduite du ménage 2 - 5%			
planification / organisation / répartition du travail / contrôle	5 %	0 %	0 %
Pas de problème.			
6.2 Alimentation 10 - 50%			
Préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions	35 %	30 %	10.50 %
L'assurée a une femme de ménage depuis de nombreuses années, elle venait 12 heures par semaine et depuis la mi-février elle a diminué à 8 heures par semaine, soit 2 fois 4 heures.			
Mme O._____ fait tous les repas pour la famille ; elle nettoie son plan de travail après les repas confectionnés. Elle assume la gestion des stocks de nourriture. Elle est aussi en mesure de remplir et vider le lave-vaisselle ainsi que mettre et débarrasser la table. Le soir ses filles âgées de 20 et 22 ans lavent les grosses casseroles. La femme de ménage fait deux fois par semaine un nettoyage complet de la cuisine. L'assurée déclare être en mesure de faire des à-fonds lorsque nécessaire.			
Mme O._____ explique que sans la femme de ménage elle serait très facilement débordée et ne pourrait par faire face à l'entretien régulier de sa cuisine. Elle explique que l'aide de la femme de ménage est indispensable pour elle sur le plan psychique car elle ne pourrait pas assumer seule.			
6.3 Entretien du logement 5 - 20%			
Epousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits	20 %	20 %	4 %
La femme de ménage prend tout en charge lorsqu'elle vient deux fois par semaine chaque fois 4 heures. Mme O._____ est en mesure de faire du rangement, de faire son lit et autres tâches ménagères comme la poussière. Mais les travaux de ménage sont pris en charge régulièrement par la femme de ménage. L'assurée explique que seule, elle serait débordée et incapable de gérer son ménage dans une si grande maison.			
6.4 Emplettes et courses diverses 5 - 10%			
Poste / assurances / services officiels	10 %	0 %	0 %
L'intéressée dit d'emblée qu'elle assume seule toutes les courses. Elle s'occupe des paiements et son mari des démarches administratives plus compliquées comme les démarches auprès des assurances.			
6.5 Lessive et entretien des vêtements 5 - 20%			
Laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder	20 %	20 %	4 %
Mme O._____ déclare qu'elle assume sa lessive mais que lorsqu'elle est débordée c'est la femme de ménage qui doit les faire. Cette dernière assume tout le repassage. Notre assurée déclare qu'elle pourrait le faire mais comme la femme de ménage est présente, elle le fait. Le linge du cabinet dentaire de son mari fait aussi partie du linge à entretenir.			
6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0 - 30%			
Surveillance et promenades des enfants/soins/contrôle des tâches scolaires/ Trajets école et activités extrascolaires	5 %	0 %	0 %
Les filles âgées de 20 et de 22 ans sont autonomes pour leurs chambres et aident leur mère. Elles sont autonomes pour leurs devoirs et leurs études. L'assurée partage des activités sportives et culturelles avec elles.			
6.7 Divers 0 - 50%			
Soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique			
	5	30	1.50
C'est notre assurée qui s'occupe du jardin et qui arrose ses plantes d'intérieur, mais elle fait que le minimum, ne pouvant pas faire plus. La famille a un chat qui ne pose pas de problème particulier pour son entretien.			
Total	100 %		20 %

Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ?

Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée) et subie par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité

La femme de ménage 8 heures hebdomadaires.

9. Observations / Conclusions

Prise de position concernant les remarques et les indications de l'assuré(e), observations personnelles et commentaires sur les avis divergents donnés par le/la patient(e), le médecin et des tiers. Commentaires éventuels par rapport à la dernière enquête.

L'assurée déclare qu'elle ne pourrait pas vivre sans la femme de ménage. Elle serait débordée et ne pourrait pas gérer son quotidien.

En 2007, l'intéressée a débuté une formation pédagogique T._____ qui se terminera en mars 2011. Cela débouchera sur la possibilité d'enseigner à l'école T._____. Cependant, notre assurée déclare qu'elle n'envisage pas cette alternative, car elle ne pourrait pas assumer cela du point de vue psychique.

».

Le Dr G._____ a rédigé son rapport d'expertise psychiatrique complémentaire le 30 août 2010, après avoir revu l'assurée les 9 juillet et 26 août 2010. Il se déterminait notamment comme suit s'agissant des questions posées par l'OAI :

« A.1. Déterminer quelles limitations fonctionnelles (LF) subsisteraient malgré le traitement médical.

Réponse : Les limitations fonctionnelles ont diminué en quatre ans par l'évolution naturelle des pathologies présentées et par des mesures prises par l'expertisée elle-même. Un traitement médical, psychothérapeutique ou médicamenteux, n'est pas imposable ou exigible dans ce cas. Il n'aurait rien changé aux limitations fonctionnelles qui subsistent.

A.2. Déterminer la capacité de travail (CT) dans l'activité habituelle de dentiste après traitement.

Réponse : Un traitement médical, psychothérapeutique ou médicamenteux, n'est pas imposable ou exigible dans ce cas et compte tenu de l'évolution depuis quatre ans, n'aurait rien changé dans la capacité de travail en tant que dentiste, qui reste et restera nulle en raison de la psychopathologie.

A.3. Déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée après traitement.

Réponse : L'expertisée, qui veut rester active professionnellement et qui sans qu'on le lui impose a entrepris elle-même une réinsertion professionnelle, retrouve progressivement une capacité de travail dans une activité adaptée en tant qu'enseignante [...].

Sa capacité de travail est actuellement encore à 0% dans sa future nouvelle activité d'ici fin mars 2011, puis, progressivement, elle atteindra un

maximum envisageable possible de 50% pendant un an ou deux ans indépendamment de tout traitement médical et avec les réserves habituelles décrites dans le pronostic de l'expertise.

- B. Déterminer ce que l'assurée peut faire ou ne pas faire comme tâches ménagères en fonction de ses LF objectives (s'agissant de troubles psychiques exclusivement, les empêchements ménagers chiffrés à 20% me semblent particulièrement élevés => il faut donc déterminer quels empêchements sont réellement justifiés sur le plan médical)

Réponse : Sur le plan pratique, il y a eu une enquête économique sur le ménage avec un rapport détaillé du 4 mars 2010 qui décrit une évaluation point par point par une spécialiste.

Sur le plan psychiatrique, en dehors des moments dépressifs et anxieux liés à la dysthymie, il n'y a pas de limitation aux tâches ménagères et l'expertisée (comme le décrit l'ICD-10) reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne.

Mais, à cause de sa pathologie, l'expertisée subit des moments de dépression et d'angoisse, à des fréquences et des durées très variables, et le chiffre de 20% de limitations fonctionnelles globales dans un ménage me semble approprié.

Ainsi, en tenant compte de ses limitations et en étant reconnue comme limitée, elle peut éviter le sentiment subjectif pathologique d'être envahie ou débordée par ses tâches, ce qui diminue l'anxiété et le sentiment dépressif pathologique dont elle souffre et ce qui réduit l'émotivité disproportionnée liée à sa structure de personnalité pathologique. ».

Dans un avis du 28 octobre 2010, le SMR a relevé une contradiction entre le complément d'expertise du Dr G._____ et ses précédentes prises de position ; il s'interrogeait sur l'incapacité de travail attestée et le fait que l'assurée suivait une formation. Cela étant, il a considéré que l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, de sorte que la capacité de travail ne pouvait pas être appréciée dans l'activité habituelle de l'assurée ou dans une activité adaptée. Il proposait de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique indépendante trois mois après la date de la stabilisation de l'état de santé telle que retenue par l'expert, soit après le 1^{er} juillet 2011.

Le 4 avril 2011, à la demande de l'OAI, le Dr G._____ a précisé qu'un traitement psychiatrique n'avait pas de chance de succès s'il était imposé à un assuré et que des psychotropes ne pouvaient pas être administrés contre le consentement du patient. Il a par ailleurs justifié l'amélioration de l'état de santé à la fin de la formation par le fait que dite formation - et sa réussite - permettrait une valorisation qui diminuerait par exemple l'angoisse.

Le 16 mai 2011, l'assurée a exposé à l'OAI avoir débuté une formation pédagogique en août 2007 et l'avoir terminée avec succès en mars 2011. Les cours avaient lieu plusieurs soirs par semaine (le lundi de 18h15 à 21h45 et le mercredi de 19h à 21h45), dix week-ends par année (le vendredi de 18h30 à 21h45 et le samedi de 8h30 à 16h30), auxquels étaient ajoutés quelques stages. Elle avait également effectué un remplacement de six mois en 2010, à raison d'une période par semaine en travaux manuels et était engagée par l'Association de l'Ecole T._____ de [...] pour un remplacement du 21 mars au 1^{er} juillet 2011, avec un horaire de 18 heures hebdomadaires et un revenu mensuel brut de 3'436 fr. 35.

Dans un avis juriste interne à l'OAI du 24 mai 2011, il était notamment relevé que l'incapacité de travail totale attestée par le Dr G._____ était en contradiction avec le fait que l'assurée avait pu se former pendant plus de 3 ans. De plus, dans la mesure où l'assurée ne prenait plus d'antidépresseurs depuis 2007 et qu'elle avait débuté une formation en août 2007, il y avait vraisemblablement eu une amélioration de son état de santé. Finalement, l'horaire de travail depuis son engagement en mars 2011 correspondait à un statut de 50% active. Sur cette base, l'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès de la Dresse C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

La Dresse C._____ a examiné l'assurée le 8 novembre 2011. Dans son rapport d'expertise du 22 novembre suivant, elle a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée depuis 2001 et

présente depuis « jeune adulte », et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, premier épisode en 1998, deuxième épisode en 2001 et en rémission depuis 2007. Elle a retenu, comme sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de dysthymie, présent depuis « jeune adulte ». Dans l'anamnèse, la Dresse C._____ exposait que depuis 10 jours, à raison de trois demi-journées par semaine (lundi matin, mercredi après-midi, vendredi matin), l'assurée travaillait en qualité d'assistante dentaire pour aider son mari au cabinet. Dans les tâches ménagères, elle faisait les courses, les repas et la lessive ; la femme de ménage était présente deux fois par semaines, alors qu'elle venait auparavant tous les jours. L'experte a apprécié la situation comme suit :

« A l'examen clinique, l'expertisée présente une labilité de l'humeur avec une thymie abaissée. Des ruminations sont parfois présentes, accompagnées d'une diminution de la confiance en soi. Je n'ai pas objectivé d'autres éléments florides de la lignée dépressive.

Les symptômes ci-dessus correspondent à une dysthymie. De même, la notion de 2 épisodes dépressifs suivis de rémissions permet de retenir, selon la CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission depuis 2007.

La problématique majeure est celle d'un trouble de la personnalité se manifestant par un fonctionnement dans le « tout ou rien », des clivages, une difficulté à gérer ses émotions et les relations affectives, s'accompagnant d'épisodes d'angoisse. Bien que l'expertisée ait suivi diverses thérapies (auprès de psychiatres et de non médecins), cette personnalité reste mal compensée. Cependant, aucun épisode dépressif majeur n'est survenu depuis 2007.

Ce trouble de personnalité se manifeste par une instabilité de l'humeur et ponctuellement des bouffées d'angoisse.

Le trouble de personnalité entraîne comme limitations un fonctionnement dans le « tout ou rien », un perfectionnisme, le sentiment de ne jamais être à la hauteur, donc incompétente, une vulnérabilité au stress due à un abaissement du seuil anxiogène et une propension à l'agir.

Ces limitations empêchent l'activité de médecin dentiste, ceci d'autant plus que Madame n'a plus exercé ce métier depuis 2001. D'autre part, Madame n'a pas les ressources psychiques nécessaires pour gérer le stress dans cette activité.

Dans une activité adaptée, telle assistante dentaire comme l'effectue Mme O._____ et comme enseignante de travaux manuels à l'école T._____, la capacité de travail est de 60% (d'un 100%).

Comme ménagère, à ce jour, Madame ne présente pas de limitation.

Au vu de ce qui précède et du dossier, on peut admettre une amélioration de la santé psychique depuis 2007. Cette amélioration a permis à l'expertisée de débiter une formation pédagogique à l'école T._____, d'obtenir un diplôme et d'effectuer un remplacement pendant 6 mois, montrant ainsi des compétences et des ressources.

On peut donc admettre une incapacité de travail de 100% depuis août 2001 jusqu'à juillet 2007.

Dès août 2007 (début d'une formation pédagogique à l'école T._____) jusqu'à ce jour, l'incapacité de travail est de 40%.

Au vu de l'évolution, le pronostic paraît favorable quant au maintien d'une activité professionnelle adaptée, ceci vraisemblablement à temps partiel au vu du trouble de la personnalité et de la fragilité psychique.

Cette situation est à réévaluer dans 2 ans. ».

Au terme de son rapport, la Dresse C._____ rappelait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de médecin-dentiste, de 60% (d'un 100%) dans une activité d'assistante dentaire ou d'enseignante de travaux manuels à l'école T._____ et entière, sans diminution de rendement, comme ménagère ; aucune mesure de réadaptation professionnelle susceptible d'augmenter la capacité de travail n'était envisageable, ni dans les activités d'assistante dentaire ou d'enseignante de travaux manuels eu égard au fait que ces activités étaient appropriées au taux de 60%. En outre, au vu de l'évolution du trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensée, et des diverses thérapies entreprises jusqu'alors, il paraissait douteux qu'un suivi psychiatrique puisse améliorer la capacité de travail ; *a contrario*, le traitement médicamenteux de millepertuis (Jarsin) était exigible et devait être poursuivi. Finalement, la Dresse C._____ précisait que l'assurée pouvait travailler dans un milieu comportant peu de stress, que l'activité adaptée pouvait être exercée 5 heures par jour et qu'il n'y avait pas de diminution de rendement dans une activité à 60% (d'un 100%).

L'OAI a chargé le service d'enquête pour les indépendants de fixer le revenu sans invalidité de l'assurée. Dans le rapport rédigé le 21 décembre 2011, il ressortait notamment ce qui suit :

« D'après les pièces au dossier, Madame O. _____ partageait le cabinet de son mari et de son beau-père, également dentistes de formation. Elle travaillait en tant qu'indépendante et « chaque dentiste gérait sa propre clientèle (...) seuls les frais fixes du cabinet étaient partagés à parts égales » (cf. enquête économique sur le ménage du 04.03.2011).

Au vu de ce qui précède, l'examen des documents comptables en notre possession (comptes 1997 à 2002) ne nous permettent (sic) pas de calculer le revenu hypothétique sans atteinte à la santé car Madame O. _____ s'est trouvée en incapacité de travail au cours des années 1998 à 2002.

Plutôt que de solliciter les comptes des années 1993 à 1996 plus de 15 ans après leur bouclage, nous proposons d'analyser les revenus figurant sur l'extrait de compte individuel (CI) de Madame O. _____.

Nous pouvons constater une augmentation régulière entre 1989 et 2000. Relevons qu'à l'époque les revenus étaient inscrits avec un décalage de 3 ans, à savoir que les montants comptabilisés en 1999 l'étaient sur la base des revenus de l'année 1996.

L'évolution étant constante, nous proposons de prendre en compte le revenu de 1996 (1999 sur le relevé du CI), à savoir Sfr. 80'200.-, en admettant qu'il s'agit du résultat d'une activité professionnelle exercée à 50% et de l'indexer pour obtenir un revenu hypothétique actualisé.

Ne sachant pas quelle année doit être prise en considération pour la détermination du RS [revenu sans invalidité], nous proposons le tableau suivant.

Revenu hypothétique pour une activité de dentiste à 50% :

<i>Année</i>	2007	2008	2009	2010
RS 1996 selon CI	80'200	80'200	80'200	80'200
Indice des salaires nominaux de 1996	2'117	2'117	2'117	2'117
Indice des salaires nominaux année en cours	2'454	2'499	2'552	2'579
Revenu indexé	92'967	94'672	96'679	97'702

S'agissant de déterminer le revenu hypothétique pour 2011, ne disposant pas encore de l'indice de référence, nous proposons de retenir un taux d'indexation 2010-2011 de 1.33% tel qu'il ressort de l'évolution du salaire de référence pour l'application de l'art. 26 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]. Le RS ainsi déterminé se monte à Sfr. 99'001.- pour 2011. ».

Dans une notice d'entretien téléphonique avec le secrétariat de la Formation T. _____ du 6 mars 2012, le service de réadaptation de

L'OAI a exposé que la formation T._____, d'une durée de 3 ans et demi, coûtait 16'950 francs. Le certificat obtenu à l'issue de la formation n'était cependant reconnu qu'auprès d'une école T._____ (33 écoles en Suisse et autant d'autres à l'étranger) mais il y avait une recherche constante d'enseignants pour cette école. Le salaire, pour un poste à plein temps, s'élevait à 4'300 fr., étant précisé que l'école ne touchait pas de subventions de l'état et fonctionnait essentiellement sur les donations ; les gens qui y travaillaient le faisaient essentiellement par passion et conviction pédagogique.

Le SMR, dans un avis du 1^{er} mars 2012, s'est rallié à l'appréciation de la Dresse C._____ et a considéré que les empêchements absents les lundis et mercredis - jours de formation - l'étaient aussi les autres jours de la semaine et ce en accord avec les diagnostics retenus antérieurement tant par les médecins de l'assurée que par le Dr G._____ dans ses rapports d'expertise. Il relevait en outre que le fait d'avoir suivi une formation pédagogique 3 heures 30 d'affilée établissait bien que si des empêchements persistaient encore, ils étaient minimes. De plus, dans l'exercice de la profession d'enseignant à temps partiel, 3 heures 30 d'affilée reproduisait une durée de travail maximale lors d'une demi-journée.

Par lettre du 8 mai 2012 à l'assurée, l'OAI s'est prononcé sur le complément d'instruction tant médical qu'économique. Il exposait que la Dresse C._____, dont l'expertise avait pleine valeur probante, reconnaissait une amélioration de l'état de santé dès fin juillet 2007, en raison de la formation entreprise dans le domaine de l'enseignement et de l'arrêt de la médication anti-dépressive ; les limitations fonctionnelles empêchaient la reprise de l'activité habituelle de dentiste mais la capacité de travail exigible était de 60% dans une activité adaptée. L'OAI relevait que la question du statut (détermination du temps consacré à une activité lucrative et du temps consacré à la tenue du ménage) avait été réétudiée et qu'il ressortait de l'enquête ménagère que l'activité de dentiste aurait été poursuivie à 50%, sans atteinte à la santé. Il ajoutait que s'agissant des empêchements ménagers, compte tenu de l'atteinte psychique,

l'appréciation de la Dresse C. _____ l'emportait sur les empêchements retenus par l'enquêtrice.

Par décision du 15 août 2012, confirmant intégralement un projet du 30 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2002 au 31 octobre 2007, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Suite au jugement de la Cour des Assurances Sociales du 23 juin 2009, nous avons repris l'instruction de votre dossier.

Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 11 août 2001. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit au 11 août 2002, votre incapacité de travail était toujours totale dans toute activité lucrative, de sorte que le droit à une rente était théoriquement ouvert.

En effet, lorsque la demande de prestations AI est déposée plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne peuvent être allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI). Votre demande déposée le 2 octobre 2003 est tardive. La rente ne peut donc être allouée que dès le 1^{er} octobre 2002.

Selon les renseignements en notre possession il ressort de l'enquête ménagère, effectuée à votre domicile en date du 4 mars 2011, que sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité de dentiste à 50%. Les 50% restants correspondent à vos travaux habituels.

Au vu de votre atteinte psychique, nous avons tenu compte de l'appréciation de l'expert en ce qui concerne les empêchements ménagers. Dans votre cas, l'expert estime que votre état de santé n'engendre pas d'empêchements ménagers objectifs.

Pour déterminer votre taux d'invalidité, nous procédons selon la méthode mixte, soit selon la méthode de comparaison des revenus pour la part active et selon la méthode de comparaison des champs d'activité pour la part ménagère.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	100%	50%
Ménagère	50%	0%	0%

Degré d'invalidité

50%

Par ailleurs, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès août 2007 une capacité de travail de 60% peut être exigible de vous dans une activité adaptée telle qu'assistante dentaire et comme enseignante de travaux manuel.

Selon le rapport de notre service de réadaptation, l'activité d'assistante dentaire que vous exercez au moment de l'expertise de novembre 2011 et pour laquelle vous présentez toutes les compétences nécessaires est adaptée à votre état de santé et permet de réaliser un revenu annuel de CHF 34'794.00 à 50% pour l'année 2007, selon l'étude sur la structure des salaires, TA1 dans le domaine de la santé pour des personnes avec des connaissances spécialisées.

En bonne santé, vous auriez pu prétendre dans votre activité habituelle de dentiste à un revenu annuel de CHF 92'967.00, pour l'année 2007.

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

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	92'967.00			
avec invalidité	CHF	34'794.00			
La perte de gain s'élève à	CHF	58'173.00	=	un	degré
d'invalidité de		62.57%			

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	62.57%	31.28%
Ménagère	50%	0%	0%

Degré d'invalidité

31%

Des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires dans votre cas puisque vous pouvez exercer l'activité d'assistante dentaire et que d'après notre service de réadaptation aucune mesure professionnelle ne permettrait de gagner un salaire supérieur à celui que vous pouvez réaliser dans votre activité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1^{er} octobre 2002, soit 12 mois précédant le dépôt de la demande le droit à une demi-rente (degré d'invalidité: 50%) est reconnu.

Cette prestation est supprimée dès le 1^{er} novembre 2007, soit après le délai de 3 mois, prévu à l'article 88a, al. 1, RAI, précité.

De plus, nous tenons à relever que la décision du 21 avril 2008 vous octroyant une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2002 au

31 mai 2007 est annulée. Par conséquent, la restitution des prestations qui n'étaient pas dues sera en principe demandée selon l'article 25 al. 1 et 2 LPGA. ».

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 26 novembre 2013, partiellement admis le recours de l'intéressée, annulé la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période courant dès le 1^{er} octobre 2002 (cause AI 222/12 - 279/2013). Il a été considéré que les constatations relatives aux empêchements que rencontrerait l'assurée dans son activité ménagère étaient lacunaires et qu'il convenait que l'OAI mette en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, notamment par exemple par le biais d'un complément d'expertise de la Dresse C._____, en vue de déterminer sa capacité de travail dans l'activité ménagère et qu'il examine la question des effets réciproques entre l'activité ménagère et professionnelle. Dans le cadre de l'examen des griefs de l'intéressée, la Cour a confirmé son statut de 50% active et 50% ménagère, l'appréciation de la Dresse C._____ selon laquelle l'assurée disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès le 1^{er} août 2007 (amélioration), le fait que l'activité d'assistante dentaire constituait une activité adaptée à son état de santé et le revenu avec invalidité retenu par l'OAI pour l'année 2007, soit 34'794 francs.

C. Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a fait appel à la Dresse C._____ pour un complément d'expertise aux fins de se prononcer sur les empêchements ménagers de l'assurée et déterminer si et dans quelle mesure son état de santé s'était modifié depuis l'expertise de novembre 2011.

Dans son rapport d'expertise complémentaire du 5 décembre 2014, basé sur un examen de l'assurée du 3 décembre 2014 et les éléments du dossier, la Dresse C._____ a exposé ce qui suit :

« **COMPLEMENT D'EXPERTISE**

(...)

Le 22 novembre 2011, dans mon rapport d'expertise psychiatrique, j'indiquais que Mme O._____ avait depuis le 12 novembre 2011, une activité d'aide dentaire, 3 demi-journées par semaine chez son mari, qu'elle s'occupait des courses, des repas, de la lessive ; elle maintenait des activités de loisirs (yoga et chant hebdomadairement), allait au cinéma, marchait en montagne et avait des contacts avec ses amis. Le trouble dépressif était alors en rémission. Persistait un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée, entraînant comme limitations : une vulnérabilité au stress, une diminution du seuil anxigène, un manque de confiance en soi ; ces limitations n'interfèrent pas dans une activité de ménagère.

Les limitations décrites par Mme O._____ dans l'activité de ménagère sont d'ordre subjectif et ne peuvent être expliquées par le trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline. Malgré le sentiment d'être par moments débordée, anxieuse et émotive, cela n'a pas empêché pas (sic) Madame d'effectuer plusieurs formations : accompagnement de gens en fin de vie, médiatrice puis enseignante ; ces activités nécessitent de la concentration et de gérer ses émotions ; par ailleurs, ces activités sont souvent anxigènes et chargées d'émotion, contrairement à celles de ménagère.

En résumé, hormis une incapacité de travail entière comme ménagère du 18 août 2001 à fin septembre 2001 (hospitalisation à J._____ pour épisode dépressif sévère) puis amélioration notable dès octobre 2001, on ne peut dès lors retenir une incapacité de travail comme ménagère depuis octobre 2001 jusqu'à novembre 2011. ».

Interpellée par le Dr Q._____ du SMR sur la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'était modifié depuis la dernière expertise de novembre 2011, la Dresse C._____ lui a répondu en ces termes le 26 décembre 2014 :

« L'état de santé actuel de l'assurée est superposable à ce que j'avais constaté le 8 novembre 2011.

Les diagnostics sont identiques, à savoir : personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée F60.31 ; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4 ; dysthymie F34.1, entraînant comme limitations : une vulnérabilité au stress, une réduction du seuil anxigène, une propension à l'agir, des conflits relationnels et un sentiment de ne jamais être à la hauteur.

Ces limitations interfèrent de 100 % dans l'activité de médecin dentiste, de 40 % dans une activité adaptée et de 0 % dans l'activité de ménagère. ».

Dans un avis du 21 janvier 2015, le Dr Q._____ du SMR a relevé ce qui suit :

« En page 11/12 et 12/12 de son complément d'expertise de décembre 2014, le Dr C._____ expose dans l'avant-dernier paragraphe la raison pour laquelle elle estime que ce problème est sans impact dans l'activité ménagère de l'assurée.

Puis au motif que depuis fin 2011, le trouble dépressif récurrent F33.4 était en rémission, l'expert estime que les limitations fonctionnelles psychiques persistantes, secondaires au trouble de la personnalité, n'interfèrent pas dans l'activité de ménagère.

Nous avons cependant questionné l'expert par notre courrier du 15 décembre 2014 afin qu'il affine ses réponses que voici datées du 28 décembre 2014: *«L'état de santé actuel de l'assurée est superposable à ce que j'avais constaté le 8 novembre 2011. Les diagnostics sont identiques, à savoir personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée F60.31; trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4; dysthymie F34.1, entraînant comme limitations: une vulnérabilité au stress, une réduction du seuil anxiogène, une propension à l'agir, des conflits relationnels et un sentiment de ne jamais être à la hauteur. Ces limitations interfèrent de 100 % dans l'activité de médecin dentiste, de 40 % dans une activité adaptée et de 0% dans l'activité de ménagère».*

Il n'y a pas de raison de s'écarter de ces conclusions :

- L'état de santé psychique de l'assurée ne s'est pas modifié depuis le 8 novembre 2011.
- IT [incapacité de travail] : 100% dans l'activité de dentiste, 40% dans une profession adaptée et 0% comme ménagère. ».

Dans un projet de décision du 31 mars 2015, annulant et remplaçant la décision du 15 août 2012, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2002 au 31 octobre 2007.

Le 11 mai 2015, l'assurée a formulé des objections au projet précité, concluant à la mise en œuvre d'une expertise menée par un médecin choisi par les deux parties, concernant tant sa capacité de travail que son activité ménagère. Elle a produit les documents médicaux suivants, auxquels elle se référait :

- un rapport du 9 mars 2015 du Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, qui s'est déterminé en ces termes sur le complément d'expertise du 5 décembre 2014 :

« J'ai vu Madame O._____ pour la première fois, à sa demande, le 1^{er} février 2011. Elle m'a contacté sur la recommandation d'une amie en traitement à ma consultation, sa cardiologue ayant insisté pour un suivi médical plus général, au vu de la péjoration psychique constatée.

Mme O._____ était en état de souffrance sévère. L'anamnèse et l'examen clinique m'ont fait poser le diagnostic de décompensation anxio-dépressive chez une patiente avec probable trouble de la personnalité.

Acceptant son refus de médication antidépressive allopathique en raison de ses expériences passées, je lui ai prescrit un traitement de Millepertuis aux doses thérapeutiques, couplé à un anxiolytique (Temesta)

L'évolution, caractérisée par une fluctuation de l'état psychique et exacerbation de la labilité émotionnelle, m'a fait proposer, en complément à mes consultations, un nouveau suivi spécialisé chez le Professeur B._____, spécialiste en psychiatrie, dès avril 2013, ce qui a été accepté par la patiente.

L'aggravation de la situation psychique m'a conduit, par la suite, à modifier le traitement de Millepertuis, insuffisamment efficace, pour le remplacer par un antidépresseur SSRI (Cipralax) dès le mois d'octobre 2013, après un essai non toléré de Cymbalta, également antidépresseur allopathique.

La lecture du rapport de l'expertise effectuée le 3 décembre 2014 m'a grandement surpris et me semble totalement incomplet.

- Il n'y a aucun élément décrivant ou résumant les 75 minutes qu'a duré l'entretien
- L'expert se borne à résumer tous les documents antérieurs. Il ne s'agit donc pas d'une expertise évaluant la situation en décembre 2014 mais d'une compilation de documents et d'avis, dont le sien
- L'expert indique « le présent rapport a été établi après examen de Madame O._____ .. », or on ne trouve aucun élément résultant de cet examen
- Manifestement, le rapport d'expertise est incomplet puisque l'Al a dû demander un complément d'expertise par sa lettre du 15 décembre 2014 : « ... l'état de l'assurée s'est-il modifié depuis novembre 2011 ? Sur la base de votre entretien du 3 décembre 2014, entretien qui a duré 75 minutes »
- En réponse, l'expert écrit le 26 décembre 2014 : « L'état de santé actuel de l'assurée est superposable à ce que j'avais constaté le 8 novembre 2011 »
- L'expert ne parle pas de la situation, nouvelle, de Mme O._____ et de son occupation à l'Ecole T._____ avec des répercussions positives et négatives

Je conteste cette expertise et son affirmation d'un état de santé superposable entre 2011 et 2014. Il n'y a aucune mention d'une anamnèse psychiatrique détaillée comparative entre 2011 et 2014, et aucun élément de l'examen de la patiente. Or depuis 2013, la patiente a besoin d'un traitement spécialisé auprès d'un psychiatre et a dû reprendre un traitement antidépresseur par des SSRI.

Les documents reçus m'ont également renseigné sur les expertises psychiatriques précédentes. Si les éléments mentionnés sont corrects à mon sens, leur interprétation et les conclusions sont contestables.

En page 5, Madame O. _____ dans sa lettre du 14 mai 2007 indique, « J'ai suivi la formation de [...] concernant l'accompagnement de personnes en fin de vie ». Un expert, en page 11, mentionne cet élément mais en tire des conclusions erronées. Mme O. _____ indique qu'elle était attirée par la mort, car suicidaire à ce moment-là et que ce cours l'intéressait pour cette raison. Elle l'a suivi en accompagnant une amie, y voyant un élément thérapeutique pour elle. Elle n'a jamais eu pour objectif de faire de l'accompagnement de fin de vie.

En page 7, je lis : « ... va terminer sa réadaptation professionnelle par une formation pédagogique T. _____... » A nouveau, je conteste les perspectives et conclusions affirmées par l'expert. Madame O. _____ a choisi ce domaine également à visée thérapeutique pour elle-même. La formation consistait en activités manuelles artistiques. Actuellement, à l'issue de sa formation, j'affirme que Madame O. _____ n'est pas une enseignante autonome. Incapable de conduire seule une classe d'enfant[s], elle a une fonction d'aide d'un enseignant, ce qui ressort d'ailleurs de son statut actuel de salarié[e] dans son école, avec une rentabilité très réduite. L'École joue à mon sens le rôle d'atelier protégé et non pas de réinsertion professionnelle. » ;

- un rapport du 7 mai 2015 Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a formulé les observations suivantes concernant le complément d'expertise précité :

« Avant de formuler mes observations sur ce rapport, il me semble important de vous donner quelques éléments sur la prise en charge dont bénéficie Mme O. _____ par mes soins depuis le 26 avril 2013, date de notre premier entretien.

Depuis cette date, Mme O. _____ vient me rencontrer au rythme d'un, parfois deux entretiens mensuels. Les entretiens sont toujours très denses Mme O. _____ témoigne d'un véritable souci de faire part de ses difficultés, d'exprimer un vécu profondément douloureux qui se réactive régulièrement, notamment lors de différents épisodes de sa vie relationnelle, familiale ou dans son activité à l'école T. _____.

Mme O. _____ utilise véritablement l'espace thérapeutique que je lui propose pour évacuer le trop plein douloureux et pour essayer de

prendre de la distance avec les émotions qui la saisissent de façon parfois irrationnelle.

Depuis le début de la prise en charge, elle prend régulièrement un traitement anxiolytique et depuis quelques mois, ce traitement a été complété par un traitement antidépresseur (Citalopram) dont elle dit ressentir l'effet bénéfique.

Au cours des deux dernières années de suivi, j'ai pu constater que l'état psychique de Mme O. _____ a évolué, et qu'elle témoigne de véritables efforts pour essayer de surmonter cet état anxio-dépressif majeur qui l'envahit par vagues.

Il m'apparaît donc erroné de souligner comme l'indique la Dre[sse] C. _____ dans son courrier du 26 décembre dernier que *« l'état de santé actuel de l'assurée est superposable à ce que j'avais constaté début novembre 2011 »*.

L'état de santé psychique de Mme O. _____ reste certes, marqué par l'existence d'un trouble dépressif récurrent qui existe depuis de longues années comme le notait la Dre[sse] C. _____ dans la conclusion de son expertise du 22 novembre 2011. De même, le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qui est mentionné comme diagnostic complémentaire, existe bien évidemment depuis de longue date. Il est clair qu'un tel trouble ne s'amende pas de façon spectaculaire quelque (sic) soit l'efficacité du suivi thérapeutique.

En ce qui concerne, plus précisément, le complément d'expertise rédigé par la Dre[sse] C. _____ qui est contenu principalement dans les pages 10 à 12 de son rapport, je remarque qu'il n'existe aucune véritable description de l'évolution de l'état de santé de Mme O. _____ de 2011 à maintenant. En conséquence, cette évolution ne peut être analysée. Il est donc surprenant qu'en l'absence d'une telle description, la Dre[sse] C. _____ puisse indiquer que l'état de santé de Mme O. _____ est superposable à celui de son examen de 2011.

J'estime, au contraire, que le cheminement qu'effectue Mme O. _____ lui permet d'évoluer et laisse espérer à terme une amélioration sensible de son état psychique sans qu'on ne puisse véritablement encore se prononcer une modification de sa capacité de travail.

Rappelons que le complément d'expertise avait aussi pour mission de se déterminer sur les limitations que rencontre Mme O. _____ dans son activité de ménagère. Le Tribunal cantonal des assurances mentionnait en effet que les indications de l'expertise relatives aux empêchements rencontrés par Mme O. _____ dans son activité ménagère était lacunaires et que la Dre[sse] C. _____ devait motiver l'appréciation de son rapport d'expertise où elle indiquait : *« comme ménagère à ce jour, Mme O. _____ ne présente pas de limitation »*.

Le complément d'expertise, de ce point de vue n'apporte pas de véritables éléments complémentaires. En effet, ce complément d'expertise se borne à énumérer les différentes attestations,

certificats et constats médicaux des psychiatres traitants successifs de Mme O._____ et à apprécier la capacité de travail dans l'activité de ménagère de Mme O._____ à partir de ces certificats. Cependant, cette appréciation n'est jamais étayée par une analyse objective de l'incapacité de Mme O._____. Cette analyse n'est même pas esquissée.

En page 12 de ce complément d'expertise, je relèverais, en outre, que la Dre[sse] C._____ mentionne que « *l'enquête économique effectuée par Mme [...] retient une invalidité de 20% comme ménagère en se basant sur le dire de Mme O._____ et non sur les limitations fonctionnelles objectives* ». Je relève que le complément d'expertise ne donne pas plus de description objective des limitations fonctionnelles ou de l'absence de limitations fonctionnelles de Mme O._____ dans son activité de ménagère.

En conclusion de son complément d'expertise, la Dre[sse] C._____ signale la persistance du trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline mal compensé[e] entraînant une vulnérabilité au stress et une diminution du seuil anxiogène et un manque de confiance en soi. Elle poursuit en indiquant que ces limitations n'interfèrent pas dans une activité de ménagère sans étayer en aucun cas cette affirmation et sans, préciser sur quels éléments d'appréciation elle se base pour soutenir celle-ci.

Le seul élément qui permet d'étayer la démonstration de la Dre[sse] C._____ est le fait que Mme O._____ a pu effectuer un certain nombre d'activités et de formations. Elle estime que ces activités nécessitent de la concentration et imposent de gérer ses émotions ce qui lui permet de déduire qu'elle peut exercer une activité ménagère régulière.

Mme O._____ est certes capable d'effectuer un certain nombre de tâches et d'activités. Il s'agit d'une femme intelligente et cultivée qui se montre souvent volontaire et déterminée et qui est, effectivement capable de réaliser un certain nombre d'activités de bonne facture.

Néanmoins, ce constat ne peut pas occulter le fait que toute cette activité comme sa vie affective, émotionnelle et relationnelle est marquée par d'intenses fluctuations, ponctuée[s] par des périodes d'intenses désarrois qui la paralysent et l'empêchent de mener à bien un grand nombre de ses projets ou de ses activités.

C'est notamment le cas dans son enseignement à l'école T._____ comme dans la réalisation d'un certain nombre de projets personnels ou familiaux. Cette intense fluctuation émotionnelle qui se traduit souvent par des épisodes de pleurs, de réactivation anxieuse et de repli sur elle-même, constitue d'ailleurs un véritable handicap et c'est sur le constat de cet état pathologique que la rente lui a été octroyée et qu'un constat d'incapacité de travail à 100% lui a été reconnu.

Ce constat clinique rejoint d'ailleurs la conclusion de l'expertise de la Dre[sse] C._____ dans son rapport de novembre 2011, puisque la Dre[sse] C._____ a noté que « *la problématique majeure de Mme O._____ est celle d'un trouble de la personnalité se manifestant*

par un fonctionnement dans le tout ou rien, des clivages et une difficulté à gérer ses émotions et ses relations affectives s'accompagnant d'épisodes d'angoisse ». Elle ajoutait plus lui (sic) que ce trouble de la personnalité entraînait « un perfectionnisme, sentiment de ne jamais être à la hauteur, donc incompétente, une vulnérabilité au stress, etc »

Il est bien connu qu'un trouble de la personnalité tel que celui dont souffre Mme O. _____ vient influencer l'ensemble de l'activité et de la vie relationnelle de la personne qui en souffre et qu'il est peu pensable et peu imaginable qu'une personne souffrant d'un tel trouble connaisse, d'un côté, d'importantes difficultés à mener une activité professionnelle continue et structurée et que, de l'autre, elle puisse mener une activité régulière et stable dans un autre domaine de sa vie tel que celui des tâches ménagères.

Le suivi dont bénéficie Mme O. _____ par mes soins depuis deux ans me permet au contraire, d'estimer une période de décompensation et de désarroi psychique retenti[ssan]t sur tous les secteurs d'activité de Mme O. _____ à un point tel que par moments elle peut se retrouver confinée dans son lit, incapable d'exercer une quelconque activité qu'elle soit ménagère ou autre.

En conclusion, il me semble contraire à toute logique d'analyse du fonctionnement psychique d'une personne de pouvoir sectoriser une activité de manière aussi radicale et stricte que cela a été fait dans l'expertise et le complément d'expertise qui a été déposé auprès de l'AI.

J'estime, au contraire, que l'activité d'une personne comme Mme O. _____ doit être considérée dans son entier et sa cohérence globale et qu'une sectorisation telle qu'elle est proposé[e] dans l'analyse de l'expertise est fortement éloignée d'une appréciation scientifique du fonctionnement psychique d'une personne. ».

L'OAI a soumis les appréciations des Drs N. _____ et B. _____ à la Dresse C. _____, qui a discuté le cas de l'assurée en ces termes dans un rapport du 12 août 2015, après avoir relaté les plaintes exprimées par l'intéressée lors de l'examen du 3 décembre 2014 et décrit son status :

« **Discussion**

De 2004 à 2005, Madame a suivi une formation pour l'accompagnement de personnes en fin de vie, auprès de Mme [...]. A aucun moment des entretiens du 8 novembre 2011 et du 3 décembre 2014, l'expertisée n'a indiqué *avoir suivi cette formation dans un but thérapeutique, ni parce qu'elle était attirée par la mort à cette époque*, comme le relève dans son courrier le Dr N. _____, médecin traitant.

De février 2006 à juin 2006, Mme O. _____ a suivi une formation de médiateur. Cette formation n'est pas évoquée par le médecin traitant.

Courant 2006, suite à une annonce dans un journal pour un poste de formatrice de santé à [...], Madame postule ; elle n'aurait pas eu de réponse à sa demande.

Dès août 2007, par le biais de l'AI, Madame bénéficie de mesures de reclassement comme enseignante de travaux manuels à l'école T. _____.

Dès le 1^{er} février 2011, l'expertisée est suivie par le Dr N. _____, FMH médecine interne à [...]. Ce dernier évoque *un état de souffrance sévère et un diagnostic de décompensation anxio-dépressive sévère chez une patiente avec probable trouble de la personnalité*. Un traitement de millepertuis et de lorazepam (Temesta) est introduit.

Mi-février 2011, Madame réduit le temps de travail de sa femme de ménage de 20 heures par semaine à 8 heures par semaine.

En mars 2011, Mme O. _____ termine sa formation à l'école T. _____. Madame est au bénéfice d'un diplôme d'enseignante T. _____ en travaux manuels. L'expertisée effectue des remplacements à temps partiel (18 heures hebdomadaires) jusqu'en septembre 2011. Faute de poste disponible à l'école T. _____, Madame ne peut obtenir un emploi fixe.

Dès fin octobre 2011, Madame exerce une activité d'assistante dentaire, 3 demi-journées par semaine selon ses dires, dans le cabinet de son mari, dentiste. Madame n'a pas précisé jusqu'à quand elle avait exercé cette activité.

Par la suite (Madame n'a pas précisé la date), elle travaillerait 2 jours par semaine, de 10h30 à 14h30, dans des classes à l'école T. _____, *comme aide d'une enseignante en travaux manuels*. Elle évoque un rôle de *marraine* et des participations régulières à des séances scolaires (hors des cours).

Courant 2012, en raison de symptômes dépressifs, le Dr N. _____, médecin traitant, introduit en parallèle du lorazepam (Temesta), un traitement de duloxétine (Cymbalta).

Dès le 26 avril 2013, sur recommandation de son médecin traitant, Mme O. _____ est suivie par le professeur B. _____, chef du service de médecine et psychiatrie pénitentiaires. Madame indique un suivi *toutes les 4 à 6 semaines* (le Dr B. _____ évoque un suivi mensuel, parfois 2 fois par mois).

Dès octobre 2013, en raison d'effets secondaires, le Dr N. _____ remplace le traitement de duloxétine (Cymbalta) par de l'escitalopram (Ciprallex). Le traitement de lorazepam (Temesta) se poursuit. Selon l'expertisée, ce traitement antidépresseur aurait entraîné une amélioration de son humeur.

Quant à ses activités ménagères, Madame évoque une difficulté à passer l'aspirateur, faire la poussière et le repassage ; *en raison de mon incapacité psychique et de mes défaillances. Je peux faire le ménage mais c'est difficile de maintenir un rythme et ma concentration. Ça m'a toujours gonflée monumentalement de faire le ménage. C'est un effort de volonté nécessaire majeur contrairement à mon métier de dentiste et d'enseignante.*

Madame relate *un besoin d'avoir une vie sociale* ; l'expertisée apprécie rencontrer ses amies, aller parfois au cinéma et au sauna en leur compagnie. Madame véhicule régulièrement certaines de ses amies car ces dernières n'auraient pas de voiture.

Dans ses loisirs, Madame dit apprécier la nature, entretenir son jardin et parfois visiter des musées.

Le fait de s'occuper d'une classe d'enfant[s], même en tant qu'aide-enseignante implique et nécessite une concentration, une présence relationnelle et de faire respecter une discipline. Ceci implique certaines ressources que Madame possède. En comparaison, une activité de ménagère ne nécessite pas de telles compétences et en particulier pas une concentration majeure. Passer l'aspirateur ou le balai, enlever la poussière, faire la lessive, repasser, faire les courses et les repas ne nécessitent pas une concentration élevée et supérieure à celle de dentiste ou d'aide-enseignante comme le prétend l'expertisée.

L'expertisée a précisé n'avoir jamais apprécié les activités ménagères. Lorsqu'elle exerçait son activité de dentiste à 50 %, ceci était par choix et pour avoir suffisamment de temps à consacrer à ses 2 filles en bas âge et à ses loisirs. Le restant du 50 % n'était pas consacré aux activités ménagères, d'autant plus que Madame avait une femme de ménage qui travaillait 5 jours par semaine, 4 heures par jour. Actuellement, selon les dires de Madame, son époux ne serait pas d'accord de payer une femme de ménage à 50 %, estimant que Madame est en mesure de contribuer aux activités ménagères.

Depuis 2011, l'évolution de l'expertisée est marquée par des fluctuations de l'humeur et des crises d'angoisse comme les connaissent les personnalités souffrant de trouble émotionnellement labile, type borderline ; ce type de personnalité évolue ponctuellement par crises puis retrouve un fonctionnement au quotidien. Madame n'a pas nécessité de nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique ; selon les dires de Mme O._____, elle n'aurait pas connu de périodes de crise pendant plusieurs mois l'empêchant d'exercer son activité d'enseignante en travaux manuels.

Selon les dires de Mme O._____, l'école T._____ n'avait pas d'emploi à 50 % à lui proposer mais uniquement un poste à 25 %. Madame dit l'assumer avec difficulté, toutefois elle n'évoque pas d'absentéisme dans ce poste ; elle se sent valorisée dans cette activité d'enseignante. Cette activité salariée à l'école T._____ (école privée) ne peut être assimilée à une activité occupationnelle ou thérapeutique et d'autant moins à un atelier protégé.

Le status clinique du 3 décembre 2014 est globalement superposable à celui du 8 novembre 2011.

Les limitations sont la difficulté à gérer les émotions, ponctuellement les moments d'angoisse, la réduction du seuil anxiogène, les fluctuations de l'humeur, un fonctionnement dans le «tout ou rien» et la diminution de la confiance en soi ; ces limitations interfèrent bel et bien de 100 % dans l'activité de dentiste, de 40 % dans une activité adaptée mais elles ne peuvent se justifier dans une activité de ménagère, activité ne nécessitant pas de gestion des émotions, de relations avec autrui, de compétences particulières, de confiance en soi.

L'activité de ménagère n'engendre pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable. Par ailleurs, Mme O._____ gère un ménage de 2 personnes ; elle peut effectuer ses tâches à son rythme et sans horaire particulier à respecter. ».

Dans un avis du 24 août 2015, le Dr Q._____ du SMR a exposé ce qui suit :

« Les courriers de Me Tatti, du Dr N._____ et du Dr B._____ ont été transmis au Dr C._____. L'expert conclu[t] le 12 août 2015 : «Les limitations sont la difficulté à gérer les émotions, ponctuellement les moments d'angoisse, la réduction du seuil anxiogène, les fluctuations de l'humeur, un fonctionnement dans le «tout ou rien» et la diminution de la confiance en soi; ces limitations interfèrent bel et bien de 100 % dans l'activité de dentiste, de 40 % dans une activité adaptée mais elles ne peuvent se justifier dans une activité de ménagère, activité ne nécessitant pas de gestion des émotions, de relations avec autrui, de compétences particulières, de confiance en soi. L'activité de ménagère n'engendre pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable. Par ailleurs, Mme O._____ gère un ménage de 2 personnes ; elle peut effectuer ses tâches à son rythme et sans horaire particulier à respecter».

Il n'y a pas de raison de s'écarter de ces conclusions : L'état de santé psychique de l'assurée ne s'est pas modifié depuis le 8 novembre 2011. IT de 100% dans l'activité de dentiste; IT de 40% dans une profession adaptée et IT de 0% comme ménagère. Nous maintenons notre position fixée par l'avis SMR du 21 janvier 2015. ».

Par décision du 31 août 2015, annulant et remplaçant celle du 15 août 2012, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 31 mars 2015 et a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1^{er} octobre 2002 au 31 octobre 2007, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Suite au jugement du TCA [Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal] du 26 novembre 2013, un complément d'expertise a été

réalisé auprès du Dr C. _____ en décembre 2014, lequel mentionne un état de santé superposable à celui qui prévalait lors de l'expertise de novembre 2011 et un état psychique qui ne justifie pas d'empêchements ménagers.

Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 11 août 2001. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 11 août 2002, votre incapacité de travail était toujours totale dans toute activité lucrative, de sorte que le droit à une rente était théoriquement ouvert.

En effet, lorsque la demande de prestations AI est déposée plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne peuvent être allouée[s] que pour les douze mois précédent[s] le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI). Votre demande déposée le 2 octobre 2003 est tardive. La rente ne peut donc être allouée que dès le 1^{er} octobre 2002.

Vous exercez l'activité de dentiste à 50 %. Les 50 % restants correspondent à vos travaux habituels.

Au vu de votre atteinte psychique, nous avons tenu compte de l'appréciation de l'expert en ce qui concerne les empêchements ménagers. Dans votre cas, l'expert estime que votre état de santé n'engendre pas d'empêchements ménagers objectifs.

Pour déterminer votre taux d'invalidité, nous procédons selon la méthode mixte, soit selon la méthode de comparaison des revenus pour la part active et selon la méthode de comparaison des champs d'activité pour la part ménagère.

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

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	100%	50%
Ménagère	50%	0%	<u>0%</u>
Degré d'invalidité			<u>50%</u>

Par ailleurs, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès août 2007, une capacité de travail de 60 % peut être exigible de vous dans une activité adaptée telle qu'assistante dentaire et comme enseignante de travaux manuel.

Selon le rapport de la division de réadaptation, l'activité d'assistante dentaire que vous exercez au moment de l'expertise de novembre 2011 et pour laquelle vous présentez toutes les compétences

nécessaires est adaptée à votre état de santé et permet de réaliser un revenu annuel de CHF 34'794.00 à 50 % pour l'année de 2007, selon l'étude sur la structure des salaires, TA1 dans le domaine de la santé pour des personnes avec des connaissances spécialisées.

En bonne santé, vous auriez pu prétendre dans votre activité habituelle de dentiste à un revenu annuel de CHF 92'967.00, pour l'année 2007.

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

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	92'967.00		
avec invalidité	CHF	34'794.00		
La perte de gain s'élève à	CHF	58'173.00	=	un degré d'invalidité de 62.57%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	62.57%	31.28%
Ménagère	50%	0%	<u>0%</u>
Degré d'invalidité			<u>31%</u>

Des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires dans votre cas puisque vous pouvez exercer l'activité d'assistante dentaire et que d'après notre service de réadaptation aucune mesure professionnelle ne permettrait de gagner un salaire supérieur à celui que vous pouvez réaliser dans votre activité.

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1^{er} octobre 2002, soit 12 mois précédent[s] le dépôt de la demande le droit à une demi-rente (degré d'invalidité : 50 %) vous est reconnu.

Cette prestation est supprimée dès le 1^{er} novembre 2007, soit après le délai de 3 mois, prévu par l'article 88a, al. 1 RAI, précitée (sic).

La rente ayant déjà été versée en août 2012, il n'y a donc pas lieu de procéder à un nouveau versement. ».

D. Par acte du 5 octobre 2015, O._____, représentée par Me Raphaël Tatti, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a exposé que les conclusions de la Dresse C._____ étaient incomplètes et erronées, de sorte qu'elles ne pouvaient pas être suivies pour examiner les questions de son incapacité ménagère jusqu'en août 2012 et de la péjoration de son état de santé postérieurement à novembre 2011. Elle a notamment relevé que l'experte

s'était prononcée de manière rétroactive sur une période de près de 10 ans, qu'elle n'avait pas expliqué pourquoi elle s'était distanciée des conclusions divergentes du rapport d'enquête ménagère du 4 mars 2010 et du rapport d'expertise complémentaire du Dr G._____ du 30 août 2010 concernant les empêchements ménagers et qu'elle n'avait pas examiné les effets réciproques constatés dans l'activité professionnelle et dans l'activité ménagère.

Dans sa réponse du 25 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 31 août 2015.

Par réplique du 4 avril 2016, la recourante a confirmé ses conclusions et a produit :

- un certificat de formation pédagogique (Promotion : août 2007 - mars 2011) établi par la Formation T._____, selon lequel la formation suivie par l'intéressée avait été dispensée à raison de deux jours par semaine et de dix fins de semaine par année, sur une durée totale de quatre ans, divers travaux écrits et stages dans des classes de différents niveaux ayant été effectués au cours de celle-ci ;
- un courrier du 16 décembre 2015 des ressources humaines de l'Ecole T._____, répondant en ces termes aux questions posées par le conseil de l'intéressée :

« [1. Depuis quand Mme O._____ est-elle employée dans votre école ?]

Madame O._____ est sous contrat dans notre école depuis le 16 janvier 2012.

[2. Quelles ont été ses fonctions jusqu'à ce jour ?

3. Quel est son cahier des charges ?

4. Quel est le taux d'activité actuel ? Que représente ce taux d'activité en termes d'heures de présence effectives ?]

- De janvier à juillet 2012 : en 2^e (4^e Harmos) maîtresse auxiliaire à 100% soit 22 heures hebdomadaires (hh) (périodes de 45 minutes devant la classe. La préparation est en plus, elle est conventionnée à 45 minutes par hh).

- Année scolaire 2012-13 : en 3^e enseignement principal en classe 6hh; travaux manuels (TM) 2hh; musique 0,5hh; accompagnement à la ferme 2hh. Toutes ces activités en tant qu'auxiliaire. Suite à un accident lors duquel Madame O. _____ s'est cassé les deux poignets, elle a été en arrêt du 2 février 2013 au 15 avril 2013.
- 2013-14 : en 1^e enseignement principal 9,5hh; peinture 1hh; jeux 1hh; musique 1hh; anglais 2hh. Toujours auxiliaire.
- 2014-15 : en 2^e TM 1hh; accompagnement divers 1hh. Auxiliaire.
- 2015-16 : en 1^e TM 1 hh; en 2^e TM 1hh; en 3^e TM 1hh; eurythmie (rythmique) 0,5hh; accompagnement en classe 2hh. Toujours auxiliaire.

Taux d'occupation : 25%

Dès 2013 Madame O. _____ participait parfois à d'autres activités, en tant que bénévole, en fonction de ses forces.

[5. Quel est son rendement estimé dans le cadre de cette activité ?]

Le début de l'année scolaire 2015-16 fut difficile pour elle, elle n'a pas pu prendre toutes ses tâches avant le mois de novembre.

[6. Quelles sont actuellement ses conditions salariales ?]

Tous les employés de l'école ont 4'500.- brut pour un 100%, soit 1'125.- pour Madame O. _____

[7. L'état de santé de Mme O. _____ et son évolution ont-ils pu avoir, une fois ou l'autre, des répercussions sur son activité d'enseignante ? Si oui, dans quelle mesure ? Sur son évolution personnelle ?]

Madame O. _____ est restée auxiliaire ne se sentant pas la force de prendre une classe malgré les propositions de l'école. Elle a pu être absente à cause de sa santé. Sans ces soucis de santé elle aurait pu tenir une classe à la grande satisfaction de tous.

[8. Avez-vous pu constater que Mme O. _____ peut avoir des difficultés à assumer certaines tâches ? Si oui, lesquelles et dans quelle mesure ?]

Oui, avoir des responsabilités l'opresse. Elle éprouve des difficultés à gérer son énergie entre les hauts et les bas.

[9. Avez-vous d'autres observations à formuler ?]

C'est toujours un plaisir de collaborer avec O. _____, nous regrettons qu'elle ne puisse pas s'investir plus dans notre école. ».

Dans sa duplique du 21 avril 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3 ; ATF 130 V 445 consid. 1.2.1).

c) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si c'est à bon droit qu'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} octobre 2002 au 30 octobre 2007, a été octroyée à la recourante, singulièrement si l'instruction menée par l'intimé permet de statuer sur ce droit.

3. a) L'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 [RO 1959 p. 857] ; cette définition résulte désormais des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il était invalide à 66²/₃% au moins (RO 1959 p. 857). Du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, elle prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à

une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). L'échelonnement de la rente tel que mentionné en dernier lieu figure désormais à l'art. 28 al. 2 LAI.

S'agissant du début du versement de la rente, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande ; elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 [RO 1959 p. 857]).

b) Selon la jurisprudence, la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Selon cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est révisée pour l'avenir d'office ou sur demande. Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur du 1^{er} mars 2004 au 31 décembre 2011 [RO 2004 p. 743], la version actuelle étant d'ailleurs identique quant à cette période de trois mois). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la

décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3).

c) Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues : méthode générale de comparaison des revenus, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet selon l'art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa (selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 [RO 1959 p. 857] ; selon l'art. 16 LPGa pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 [RO 2002 p. 3371] ; selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec l'art. 16 LPGa) ; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs selon l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGa et 27 RAI (selon l'art. 27 RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1984 au 31 décembre 2003 [RO 1983 p. 912] ; selon l'art. 28 al. 2^{bis} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGa et 27 RAI) ; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel selon l'art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI (selon l'art. 27^{bis} RAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2003 [RO 2000 p. 1199] ; selon l'art. 28 al. 2^{ter} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI).

La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; TFA I 707/2001 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions

hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TFA I 693/2006 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et les références citées).

d) Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur la question de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et, à cette occasion, a pris position sur les critiques régulièrement formulées par la doctrine à propos de cette méthode (*cf.* ATF 137 V 334). De cet arrêt du 8 juillet 2011, il ressort notamment ce qui suit :

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse -

et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 et suivant de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 130 V 61 ; ATF 128 V 93 ; TF I 246/2005 du 30 octobre 2007 consid. 5.2.1 et les références citées, *in* SVR 2008 IV n° 34 p. 111 ; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

Tel que défini à la base, le risque « invalidité » comporte ainsi, selon la jurisprudence, deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative ; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques ; dans le second cas,

on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée (ATF 137 V 334 consid. 5.3).

e) A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (ATF 137 V 334 consid. 4.3 ; ATF 134 V 9 ; voir également TFA I 156/2004 du 13 décembre 2005 consid. 6.2, *in* SVR 2006 IV n° 42 p. 151, et TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4).

Selon le Tribunal fédéral, la prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2.2).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne

assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) 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. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, 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 en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). 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 les références citées). 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, 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. En l’espèce, la recourante critique l’instruction menée par l’intimé, considérant que les compléments d’expertise de la Dresse C._____ ne sont pas probants et ne permettent pas d’examiner la question de son incapacité ménagère ni celle de la modification de son état de santé depuis le mois de novembre 2011.

Il convient de relever que la Cour de céans a déjà jugé dans l’arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013) que l’intéressée présente un statut de 50% active et 50% ménagère. Il y a donc lieu d’examiner si les pièces médicales au dossier permettent de déterminer dans quelle mesure ses atteintes à la santé impactent sa capacité à tenir son ménage et, le cas échéant, s’il existe des effets réciproques entre l’activité ménagère et professionnelle.

a) S’agissant de la capacité de travail, il est constant, d’une part, que la recourante présente depuis le 11 août 2001 une incapacité de travail totale durable dans son activité habituelle de médecin-dentiste en raison de ses troubles psychiques, ce fait n’ayant jamais été remis en cause et ayant été établi de manière convaincante par les médecins et,

d'autre part, qu'elle dispose dès le 1^{er} août 2007 d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée comme celle d'assistante dentaire, cela ayant déjà été jugé et confirmé par la Cour de céans dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013). Ces éléments concernent la situation de l'intéressée jusqu'à l'expertise de novembre 2011.

Quant à la capacité de la recourante à tenir son ménage, la Dresse C._____, dans son complément d'expertise du 5 décembre 2014, a exposé que les limitations liées au trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensée (vulnérabilité au stress, diminution du seuil anxigène, manque de confiance en soi) n'interféraient pas dans une activité ménagère. Selon cette experte, les limitations décrites par l'intéressée dans l'activité ménagère étaient d'ordre subjectif et ne pouvaient pas être expliquées par ledit trouble de personnalité. Elle a relevé que le sentiment d'être par moments débordée, anxieuse et émotive n'avait pas empêché la recourante d'effectuer plusieurs formations, soit d'accompagnement de personnes en fin de vie, de médiatrice et d'enseignante, soulignant que ces activités nécessitaient de la concentration ainsi qu'une gestion de ses émotions et étaient souvent anxigènes et chargées d'émotion, contrairement aux activités ménagères. Elle a ainsi considéré qu'hormis une incapacité entière comme ménagère du 18 août à fin septembre 2001 en raison d'une hospitalisation à la clinique J._____ pour un épisode dépressif sévère, qui a connu une amélioration notable dès octobre 2001, on ne pouvait retenir aucune incapacité dans l'activité de ménagère d'octobre 2001 à novembre 2011. Elle a confirmé et précisé sa position le 12 août 2015 en indiquant que le fait que la recourante s'occupe d'une classe d'enfants, même en tant qu'aide enseignante, nécessitait une concentration, une présence relationnelle et de faire respecter une discipline, contrairement aux activités ménagères (faire le ménage, la lessive, les courses et les repas) qui n'impliquaient pas de telles compétences, en particulier pas de concentration élevée et supérieure à celle d'assistante dentaire ou d'aide enseignante. Elle a encore souligné que les activités ménagères n'engendraient pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable,

précisant que l'intéressée gérait un ménage de deux personnes et pouvait effectuer ses tâches à son rythme et sans horaire particulier à respecter.

Invitée à se déterminer sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'était modifié depuis l'expertise de novembre 2011, la Dresse C. _____ a exposé, dans ses rapports des 26 décembre 2014 et 12 août 2015, que l'état de santé actuel de l'intéressée était superposable à celui constaté en novembre 2011, les diagnostics étant les mêmes, tout comme les limitations y relatives, soit une difficulté à gérer les émotions, ponctuellement des moments d'angoisse, une réduction du seuil anxiogène, des fluctuations de l'humeur, un fonctionnement dans le « tout ou rien » et une diminution de la confiance en soi. Elle a précisé que depuis 2011, l'évolution de l'expertisée était marquée par des fluctuations de l'humeur et des crises d'angoisse comme les connaissent les personnalités souffrant de trouble émotionnellement labile, de type borderline, ce type de personnalité évoluant ponctuellement par crises puis retrouvait un fonctionnement au quotidien. Elle a relevé que la recourante n'avait pas nécessité une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique et que selon les dires de celle-ci, elle n'aurait pas connu de périodes de crise pendant plusieurs mois l'empêchant d'exercer son activité d'enseignante en travaux manuels.

Compte tenu de ces éléments et des limitations fonctionnelles, la Dresse C. _____ a confirmé une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de médecin-dentiste, une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} août 2007 et une pleine capacité dans les activités ménagères.

b) L'appréciation de la Dresse C. _____, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels précités (*cf. supra* consid. 4), est probante. En particulier, les avis divergents des Drs N. _____ et B. _____ ne permettent pas de la remettre en cause. Le Dr N. _____, qui suivait la recourante depuis le 1^{er} février 2011, a décrit une péjoration de l'état psychique de sa patiente, caractérisée par une fluctuation de l'état psychique et une exacerbation de la labilité émotionnelle, qui l'a amené à

proposer un nouveau suivi spécialisé chez le Dr B. _____ dès avril 2013 et à modifier le traitement mis en place, insuffisamment efficace, par un antidépresseur dès octobre 2013. Or, les fluctuations de l'état psychique de l'intéressée ont été prises en compte par la Dresse C. _____ dans le cadre de son analyse et le Dr N. _____, au demeurant non spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'explique pas en quoi la prétendue péjoration de l'état psychique de l'intéressée influencerait sa capacité de travail dans une activité professionnelle ou ménagère ni ne décrit de limitations y relatives. Quant au Dr B. _____, qui suivait la recourante depuis le 26 avril 2013 à raison d'une fois par mois, il a contesté le fait que l'état de santé actuel était superposable à celui de novembre 2011, ayant constaté au cours de son suivi une évolution de l'état psychique de sa patiente et qu'elle témoignait de véritables efforts pour essayer de surmonter son état anxio-dépressif majeur qui l'envahissait par vagues. Il a relevé que le seul élément permettant d'étayer la démonstration de la Dresse C. _____ était le fait que la recourante avait pu effectuer un certain nombre d'activités et de formations. Il a concédé qu'elle était certes capable d'effectuer un certain nombre de tâches et d'activités, relevant néanmoins que ce constat ne pouvait pas occulter le fait que toutes ces activités, comme sa vie affective, émotionnelle et relationnelle, étaient marquées par d'intenses fluctuations, ponctuées par des périodes d'intenses désarrois qui la paralysaient et l'empêchaient de mener à bien un grand nombre de ses projets ou de ses activités. Il a exposé que cette intense fluctuation émotionnelle, qui se traduisait souvent par des épisodes de pleurs, de réactivation anxieuse et de repli sur elle-même, constituait un véritable handicap, soulignant que c'était sur la base de cet état pathologique que la rente lui avait été accordée et qu'un constat d'incapacité de travail à 100% lui avait été reconnu. Selon lui, l'état psychique de l'intéressée retentissait sur tous les secteurs d'activité (professionnel et ménager), à un point tel que par moments, elle pouvait se retrouver confinée dans son lit, incapable d'exercer une quelconque activité qu'elle soit ménagère ou autre. Ceci apparaît cependant en contradiction avec ce qu'a relaté la Dresse C. _____ dans son rapport du 12 août 2015, soit que « selon les dires de [la recourante], elle n'aurait pas connu de périodes de crise pendant plusieurs mois l'empêchant

d'exercer son activité d'enseignante en travaux manuels ». De plus, on ne peut que constater à nouveau que les fluctuations de l'état psychique de l'intéressée ont été prises en compte par cette experte dans le cadre de son analyse et font partie de sa maladie. En outre, le Dr B. _____ n'explique pas précisément en quoi sa patiente serait limitée dans les activités ménagères, se contentant d'indiquer de manière générale et théorique qu'il était « peu pensable et peu imaginable » qu'une personne souffrant d'un trouble tel que celui de la recourante puisse, d'une part, connaître d'importantes difficultés à mener une activité professionnelle continue et structurée et, d'autre part, mener une activité régulière et stable dans un autre domaine de sa vie tel que celui des tâches ménagères. On ne saurait d'ailleurs suivre le Dr B. _____ lorsqu'il affirme que la recourante connaît d'importantes difficultés à mener une activité professionnelle continue et structurée dès lors qu'elle dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Enfin, le reproche selon lequel l'experte n'a pas décrit l'état de santé de l'intéressée au-delà de l'année 2011 tombe à faux dès lors qu'elle a relaté les plaintes et le status ressortant de son examen du 3 décembre 2014 dans son rapport du 12 août 2015. On constate ainsi que les Drs N. _____ et B. _____, consultés par la recourante, ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par la Dresse C. _____ et permettraient de mettre en doute la pertinence de son analyse, leur avis paraissant constituer une appréciation différente d'une même situation.

Les griefs soulevés par la recourante ne permettent pas non plus de remettre en cause le caractère probant de l'appréciation de la Dresse C. _____. En effet, un expert sollicité dans le cadre d'une instruction se prononce nécessairement de manière rétroactive sur une situation préexistante à son mandat. On peut par ailleurs relever que la prénommée a pris en compte l'ensemble des éléments du dossier antérieurs à son examen complémentaire du 3 décembre 2014 avant de prendre position. En outre, on ne saurait reprocher à cette experte de ne pas avoir indiqué pour quelles raisons précises elle s'était distanciée des conclusions divergentes du rapport d'enquête ménagère du 4 mars 2010 et du rapport d'expertise complémentaire du Dr G. _____ du 30 août

2010 concernant les empêchements ménagers. En effet, la Cour de céans a déjà jugé dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013) que les rapports précités ne permettaient pas de déterminer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, les empêchements que rencontrerait l'intéressée dans son activité ménagère, si bien que la Dresse C._____ n'avait pas à se déterminer à leur sujet. La recourante soutient également que la tenue du ménage serait source d'anxiété et de stress lié au résultat, au contraire des formations qu'elle a entreprises principalement dans un but thérapeutique et de son activité d'aide enseignante, de sorte que le raisonnement qu'en a déduit l'experte serait erroné. Cette position ne saurait être suivie. Tenant compte des déclarations de l'intéressée et de ses limitations, la Dresse C._____ a indiqué de manière convaincante que l'activité de ménagère n'engendrait pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable et, en particulier, ne nécessitait pas de gestion des émotions, de relations avec autrui, de compétences particulières ou de confiance en soi, au contraire de l'accompagnement de personnes en fin de vie, de la médiation et de l'aide à l'enseignement. Le fait que le ménage de la recourante était à l'époque composé de quatre personnes ne permet pas d'admettre un caractère anxiogène et émotionnel supérieur aux formations entreprises et à l'aide à l'enseignement, ce d'autant plus qu'elle disposait d'une femme de ménage. On peut encore relever concernant l'activité d'aide enseignante à l'école T._____ qu'elle a nécessité une formation de quatre ans débutée en août 2007, à raison de deux jours par semaine et de dix fins de semaine par année, au cours desquels l'intéressée a dû effectuer de nombreux stages dans des classes et présenter des travaux écrits, ce qui impliquait nécessairement des exigences de rendement susceptibles d'engendrer de l'anxiété et du stress auxquels elle a su faire face. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le prétendu but thérapeutique des formations entreprises aurait préservé la recourante de la charge émotionnelle et du stress inhérents à l'accompagnement de personnes en fin de vie et à la médiation. Enfin, dès lors que la Dresse C._____ n'a retenu aucun empêchement dans la sphère ménagère, il ne saurait lui être reproché de ne pas avoir examiné les effets réciproques des

empêchements constatés dans l'activité professionnelle et dans l'activité ménagère.

Au vu de ce qui a été exposé, force est de constater que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause ont été suffisamment élucidés par l'intimé. Il y a donc lieu de retenir, conformément à l'avis de la Dresse C._____, que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de médecin-dentiste depuis le 11 août 2001 et dispose, d'une part, d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} août 2007 et, d'autre part, d'une pleine capacité dans son activité de ménagère.

c) Il y a dès lors lieu de vérifier d'office le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée selon la méthode mixte, déterminant le droit à une rente.

Il convient de relever à cet égard que la recourante ne remet pas en cause le principe de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Par ailleurs, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral y relative - laquelle a fait écho à un arrêt rendu le 2 février 2016 (devenu définitif le 4 juillet 2016) par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Di Trizio c. Suisse* (Requête n° 7186/09) - ne remet pas en cause l'application de cette méthode dans le cas d'espèce dès lors qu'elle ne s'inscrit pas dans le contexte d'une révision du droit à la rente faisant suite à la naissance d'un enfant et à la déclaration du parent assuré de vouloir réduire son temps de travail (TF 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4 ; cf. également Anne-Sylvie Dupont, Arrêt *Di Trizio c. Suisse* - une appréciation, *in* HAVE/REAS 4/2016 p. 479, et Thomas Gächter/Michael E. Meier, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, *in* HAVE/REAS 4/2016 p. 484).

En l'occurrence, au regard de la pleine capacité de l'intéressée pour exercer ses activités ménagères (avec un statut de 50%) et de son incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle (avec un statut de 50%) du 11 août 2001 à fin juillet 2007, l'intimé a correctement

déterminé pour cette période un degré d'invalidité de 50% (le taux d'invalidité se confondant dans ce cas avec celui de l'incapacité de travail ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées), ouvrant le droit à une demi-rente. Dès lors que le droit à la rente était potentiellement ouvert dès le 11 août 2002 (art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et que la demande de prestations a été déposée le 2 octobre 2003, soit postérieurement, c'est à bon droit que le point de départ du versement de la rente a été fixé au 1^{er} octobre 2002, soit douze mois avant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

L'état de santé de la recourante a par la suite évolué dans la mesure où, à compter du 1^{er} août 2007, elle a recouvré une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, sa capacité dans son activité ménagère étant toujours entière. Dans le cadre du calcul du taux d'invalidité selon ces nouvelles données, l'intimé a déterminé le degré d'invalidité pour la part active de l'intéressée selon la méthode générale de comparaison des revenus, comme le prévoit la méthode mixte.

La manière dont l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité de la recourante pour l'année 2007, au demeurant non remise en cause par cette dernière, n'apparaît pas critiquable, étant précisé que l'année 2007 constitue effectivement l'année de référence pour fixer le nouveau droit à la rente. Ledit revenu de 92'967 fr. peut ainsi être confirmé. Quant au revenu avec invalidité de 34'794 fr. pour l'année 2007, il a déjà été confirmé par la Cour de céans dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013). La comparaison de ces revenus révèle un degré d'invalidité de 62.57%, lequel doit être ramené à 31.28% compte tenu du fait que l'intéressée a un statut active à 50% et n'ouvre ainsi pas le droit à une rente. Dans ces conditions, la demi-rente d'invalidité due à la recourante depuis le 1^{er} octobre 2002 doit être supprimée dès le 1^{er} novembre 2007, soit après le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI dans sa version en vigueur du 1^{er} mars 2004 au 31 décembre 2011.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2002, cette prestation étant supprimée dès le 1^{er} novembre 2007.

6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

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

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 31 août 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'O._____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Raphaël Tatti (pour O._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :