

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 avril 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Me Philippe Graf, à
Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante) née en [...], est mariée et mère de deux enfants nés en 2000 et 2004. Elle est titulaire d'une licence en biologie. Elle a notamment travaillé à la [...] ([...]), à 50 %, comme responsable des formations, de janvier 2006 à mai 2009, puis comme gestionnaire d'application dès le mois de juin 2009. Auparavant, elle a travaillé comme bibliothécaire scientifique à [...], de 1995 à 2005, d'abord à 90 %, puis à 50 % dès le mois d'octobre 2000.

Le 1^{er} février 2012, C._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'un épuisement physique et psychique suivi d'une dépression, ayant entraîné une incapacité de travail totale du 2 au 22 juillet 2011, puis dès le 2 septembre 2011. Elle a allégué suivre un traitement depuis la fin de l'année 2010 auprès de la Dresse H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en précisant que les premiers symptômes étaient apparus durant la période 2006-2009, particulièrement difficile au travail. Ces difficultés avaient conduit à un changement d'affectation, en 2009, à sa demande. L'assurée a joint les attestations d'incapacité de travail établies par la Dresse H._____ pour les périodes d'incapacité alléguées.

A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimé), C._____ a précisé que sans atteinte à la santé, elle poursuivrait son activité professionnelle habituelle à 50 %.

Dans un rapport du 21 mars 2012 à l'OAI, la Dresse H._____ et la psychologue R._____ ont confirmé que l'assurée restait en incapacité de travail totale en raison d'un trouble dépressif. Elle présentait des angoisses, des troubles du sommeil (hypersomnie et manque de sommeil en alternance), une perte de confiance en elle et en l'avenir, des idées de dévalorisation et de culpabilité, des troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration, ainsi qu'une perte périodique de l'élan

vital, une irritabilité, de la nervosité, de la fatigabilité et un retrait social. Au travail, l'assurée ne pouvait pas mener à bien les tâches confiées en raison de troubles cognitifs (mémoire, attention, concentration), de son irritabilité, de sa nervosité et de sa fatigabilité. Un pronostic était prématuré, mais l'intensité des troubles anxio-dépressifs fluctuait actuellement entre une intensité sévère à moyenne, alors qu'elle restait stationnaire à un niveau sévère en début de traitement. De ce fait, une reprise d'activité professionnelle à un pourcentage réduit serait probablement envisageable un jour. L'arrêt de travail risquait néanmoins de se prolonger. Le traitement consistait en un suivi psychologique hebdomadaire par la psychologue R. _____ et un suivi psychiatrique par la Dresse H. _____, avec comme médication un comprimé de 10 mg de Cipralex ® par jour. L'assurée souffrait également de dorsalgies, qui n'étaient toutefois pas invalidantes.

L'assurée a été hospitalisée à la Clinique [...], du 28 septembre au 15 novembre 2012. Dans un rapport du 24 avril 2013, la Dresse H. _____ et la psychologue R. _____ ont fait état d'une amélioration de l'état de santé de leur patiente depuis mars 2012. Les troubles anxio-dépressifs étaient qualifiés de moyen à sévère (épisode actuel) et restaient invalidants, mais de moindre intensité, ce qui lui permettait d'assumer plus d'activités et de responsabilités. Elle avait ainsi pu assumer des activités de groupe dans le cadre d'un suivi thérapeutique à l'hôpital de jour, trois jours par semaine dans un premier temps, puis deux jours par semaine. Elle parvenait également mieux à assumer certaines tâches ménagères et organisationnelles en lien avec la prise en charge de ses deux enfants et de son foyer. La qualité de sommeil était également améliorée, ce qui s'était traduit par un arrêt de la médication hypnotique, avec succès. La fréquence et l'intensité des angoisses et de l'anxiété avaient baissé. Cependant, les troubles psychiques restaient invalidants, avec des troubles cognitifs importants (troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, manque du mot), une grande fatigabilité exigeant que l'assurée se repose régulièrement entre chacune de ses activités, et imposant l'aide de son entourage pour mener à bien des tâches qu'elles pouvaient auparavant assumer seule. Elle souffrait d'une

intolérance au bruit et à la foule, ce qui pouvait la gêner passablement dans ses déplacements et lui imposait de s'isoler lorsqu'elle se sentait submergée par des informations en tout genre. Enfin, même si l'étendue et la diversité des tâches que l'assurée pouvait assumer s'étaient élargies, cela n'était pas possible sur une longue durée, ce qui limitait passablement son autonomie et sa productivité.

L'OAI a ordonné une enquête économique sur le ménage. Dans un rapport du 31 juillet 2013, l'enquêtrice a constaté que sans atteinte à la santé, l'assurée poursuivrait son activité professionnelle habituelle à 50 % et consacrerait 50 % de son temps à son foyer et à ses enfants. Les empêchements dans les activités non professionnelles habituelles étaient évalués à 17,9 %.

La Dresse H._____ a adressé l'assurée au Dr G._____, spécialiste en neurologie, et à la neuropsychologue S._____. Dans un rapport du 2 septembre 2013, ces derniers ont constaté de discrets déficits attentionnels, de sévères déficits à un test d'inhibition cognitive et des difficultés à la reconnaissance de visages célèbres. L'orientation, la mémoire, l'incitation, la programmation, la coordination, le raisonnement, le calcul, les aptitudes phasiques, praxiques et gnosiques étaient globalement conservées. L'examen n'objectivait pas les nombreuses plaintes rapportées, mais le tableau observé - en particulier les difficultés de reconnaissance aux visages célèbres et l'échec isolé et massif au test de Stroop - ne s'expliquait pas par l'étiologie psychiatrique. Une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 5 septembre 2013 par le Dr K._____, spécialiste en radiologie, n'a pas mis en évidence de lésion pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente.

Dans un rapport du 12 novembre 2013, la Dresse H._____ a constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée, sur le plan de l'humeur et de l'élan vital, depuis son rapport du 24 avril 2013. Il n'y avait en revanche aucune amélioration des symptômes cognitifs. L'assurée souffrait de troubles importants de la mémoire, de l'attention et de la concentration, ainsi que d'un manque de mot, ce qui rendait les tâches

simples de la vie quotidienne lentes et laborieuses. L'objectivation seulement partielle des plaintes lors de l'examen neuropsychologique pouvait être imputée à la situation lors de l'examen. L'assurée parvenait en effet à être plus performante sur le plan cognitif lorsqu'elle n'avait qu'une seule tâche à effectuer à la fois. L'assurée était en revanche nettement plus limitée lorsqu'elle devait gérer plusieurs tâches simultanément dans son quotidien. Une évaluation de la capacité de travail en situation de stage était nécessaire.

L'OAI a pris en charge une mesure d'entraînement à l'endurance, sous la forme d'un stage à l'Atelier [...], à Lausanne, dès le 22 avril 2014. Elle a participé, dans ce contexte, à des ateliers de yoga, d'art-thérapie, de qi gong/tai chi et d'artisanat. Parallèlement, elle s'occupait bénévolement, le lundi, de chevaux d'une amie pratiquant l'hippothérapie.

Le Dr G. _____ et la neuropsychologue S. _____ ont réalisé un nouveau bilan neuropsychologique le 12 septembre 2014. Ils ont constaté un léger fléchissement de l'attention et de l'inhibition - avec toutefois une amélioration par rapport au dernier bilan -, le reste des performances se situant dans la norme dans les différents domaines investigués (orientation, mémoire, incitation, programmation, coordination, abstraction, calcul, langage, aptitudes visuo-perceptives et visuo-constructives).

Au terme du stage à l'Atelier [...], les maîtres de stage ont estimé, dans un rapport du 21 novembre 2014, que l'assurée présentait des capacités susceptibles d'être exploitées dans un environnement productif économique (niveau 5) en ce qui concernait, pour la motricité, le rythme de travail (à tester toutefois dans des cours extérieurs), en ce qui concernait la cérébralité, pour l'organisation et la méthode de travail ainsi que l'exécution des consignes orales, en ce qui concernait l'affectivité et la sociabilité, pour la propreté, la motivation, l'engagement et la responsabilité. Dans les seize autres rubriques du formulaire d'évaluation, les capacités de l'assurée correspondaient à une activité productive en atelier protégé ou à une activité occupationnelle en atelier protéger

(niveaux 3 et 4). L'endurance psychique était insuffisante également pour ce type d'activité (niveau 2).

Dans un rapport du 10 mars 2015, la Dresse H. _____ et la psychologue R. _____ ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'expérience personnelle terrifiante durant l'enfance (Z61.7 selon la Classification internationale des maladies), de négligence affective d'un enfant (Z62.4) et de difficultés dans les rapports avec les parents et la fratrie (Z63.1). Elles ont notamment exposé que l'assurée avait assisté, avec sa sœur cadette et son père, à une tentative de suicide de sa mère, par noyade. Il semblait que cette dernière ait tenté à plusieurs reprises de mettre fin à ses jours, mais qu'aucune aide médicale ne lui avait été apportée, ni à l'assurée et à ses frères et sœur. Tout comme la psychopathologie de sa mère, l'anorexie mentale de sa sœur cadette avait été passée sous silence, ces sujets étant tabous dans le cadre familial. Par ailleurs, alors qu'elle était jeune adulte, l'assurée avait percuté une piétonne avec sa voiture. Bien qu'elle n'ait pas été rendue responsable de l'accident, elle avait été très choquée par cet événement qui avait causé de multiples fractures ouvertes pour la piétonne, suivies d'un long traitement. L'assurée ne conduisait plus depuis lors. Enfin, l'assurée avait vécu une fausse couche seule chez elle lorsque la grossesse était déjà assez avancée ; elle avait eu des contractions et avait accouché de jumeaux ou de jumelles. Selon la Dresse H. _____ et la psychologue R. _____, ces événements avaient une valence traumatique pour la patiente et avaient entraîné une symptomatologie propre à un état de stress post-traumatique, sur une longue durée.

L'OAI a mandaté le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Celui-ci a eu deux entretiens avec l'assurée et en prévoyait un troisième. Toutefois, après le second entretien, la Dresse H. _____ et la psychologue R. _____ ont, par courrier du 28 juin 2016 adressé au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), demandé l'interruption de l'expertise. Elles reprochaient au Dr V. _____ de n'avoir pas tenu compte

des demandes de pause de l'assurée lors des deux entretiens ayant duré 3h30 et 3h50, de les avoir critiquées, comme thérapeutes, au point que l'assurée s'était fâchée, lui signalant qu'elle ne souhaitait plus entendre de telles critiques et l'invitant à prendre plutôt contact avec ses thérapeutes pour en discuter, d'avoir reçu l'assurée sans s'être auparavant fait remettre un dossier complet, de lui avoir tenu des propos inadéquats en lui faisant part de façon inconsidérée de ses impressions diagnostiques sur son fonctionnement de personnalité, sur un ton par ailleurs inapproprié, d'avoir contesté le diagnostic de dépression et de l'avoir photographiée à trois reprises avec son téléphone portable.

A réception de cette lettre l'OAI a suspendu l'expertise en cours et invité le Dr V._____ à annuler le troisième entretien prévu, étant précisé qu'il serait informé ultérieurement «de la suite à donner à cette situation». Le Dr V._____ a annulé le troisième rendez-vous prévu. Le 5 août 2016, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il mandaterait un nouvel expert psychiatre et qu'il venait d'écrire au Dr V._____ pour l'informer qu'il devait interrompre ses travaux d'expertise. Le même jour, l'OAI a informé le Dr V._____ du fait que son mandat d'expertise était devenu «sans objet», tout en l'invitant à transmettre son rapport d'expertise «en l'état». Le 5 août 2016 toujours, le Dr V._____ a établi et transmis à l'OAI un rapport d'expertise de 47 pages.

L'OAI a confié au Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique. Dans un rapport du 19 novembre 2016, celui-ci a constaté que l'assurée présentait une fragilité constitutionnelle psychique, «dans le sens d'une vulnérabilité», «au vu des conditions et événements défavorables de l'enfance et de l'adolescence». Il a réfuté le diagnostic de modification durable de la personnalité posé par la Dresse H._____ et la psychologue R._____ et a considéré que la dépression dont l'assurée avait souffert était en rémission depuis le début de l'année 2016. Il n'y avait plus de symptomatologie dépressive, ni même dysthymique. Le Dr F._____ réfutait par ailleurs le diagnostic de trouble dépressif récurrent, estimant pour sa part qu'il n'y avait eu qu'un épisode dépressif entre 2010 et 2015,

aujourd'hui en rémission. Enfin, le Dr F._____ n'a pas constaté de trouble cognitif durant l'entretien clinique avec l'assurée et n'a pas estimé nécessaire de demander un complément d'expertise sur d'éventuels troubles neuropsychologiques, au vu également des constatations du Dr G._____ et de la neuropsychologue S._____. Au final, le Dr F._____ a constaté une pleine capacité de travail de l'assurée depuis le début de l'année 2016.

Le 16 décembre 2016, la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin au SMR, a proposé de suivre cette appréciation et de constater une pleine capacité de travail de l'assurée depuis le début de l'année 2016.

Le 19 janvier 2017, l'OAI a communiqué à l'assurée son intention de lui allouer temporairement une demi-rente d'invalidité, pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 31 mars 2016. Il considérait que dès le 1^{er} janvier 2016, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans ses activités habituelles.

Le 31 janvier 2017, l'assurée a contesté ce projet de décision, se référant pour le surplus à une «lettre d'objection» que la Dresse H._____ et la psychologue R._____ adresseraient prochainement à l'OAI. Le 31 mai 2017, ces dernières ont écrit à l'OAI pour demander l'octroi d'une rente entière d'invalidité à l'assurée. Elles ont notamment contesté l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par le Dr F._____, qui avait à leur avis sous-estimé l'importance des troubles cognitifs dont elle souffrait. Se référant à un nouveau bilan neuropsychologique effectué par la neuropsychologue T._____, les 7 et 13 avril 2017, elles exposaient que les résultats des tests neuropsychologiques réalisés dans un environnement écologique et non pas dans le calme d'une salle d'examen traditionnelle révélaient des troubles modérés à sévères de la mémoire de travail, des troubles exécutifs modérés à sévères et des troubles sévères d'attention soutenue. Le profil cognitif observé chez l'assurée évoquait un «Mild Cognitive Impairment (MCI)» d'origine thymique (rétrécissement de zones

spécifiques du système nerveux central dû à des troubles de l'humeur répétés et sévères). Une imagerie par résonance magnétique serait réalisée prochainement pour confirmer ou infirmer ce diagnostic. La Dresse H._____ et la psychologue R._____ ont joint à leur envoi une copie d'un rapport non daté, établi par la neuropsychologue T._____ à la suite des examens réalisés les 7 et 13 avril 2017.

Le 28 juillet 2017, le Dr F._____ a pris position, à la demande de l'OAI, sur le rapport du 31 mai 2017 de la Dresse H._____ et de la psychologue R._____, ainsi que sur le rapport de la neuropsychologue T._____. Il a souligné n'avoir pas négligé la problématique des atteintes cognitives, mais n'en avoir constaté à aucun moment pendant son examen clinique du 17 novembre 2016. La neuropsychologue S._____ avait également constaté, au terme de son rapport d'examen du 2 septembre 2013, que celui-ci n'avait pas permis d'objectiver les nombreuses plaintes de l'assurée et que le tableau ne s'expliquait pas par une étiologie psychiatrique. Elle avait en outre constaté, en septembre 2014, un léger fléchissement de l'attention et de l'inhibition, le reste des performances se situant dans la norme, avec même une évolution favorable. Ces éléments étaient en contradiction avec les constatations de la neuropsychologue T._____. Au vu de ces incohérences, ses constatations du 19 novembre 2016 restaient valables.

Le 22 août 2017, la Dresse X._____ a proposé de maintenir le constat d'une pleine capacité de travail.

Le 3 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il entendait lui allouer une demi-rente pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 31 mars 2016 et lui refuser l'octroi d'une rente pour la période postérieure. Il lui a communiqué la motivation de la décision, en précisant toutefois que celle-ci lui serait notifiée ultérieurement par la caisse de compensation compétente.

Le 19 janvier 2018, l'OAI a notifié à l'assurée une décision d'allocation d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 31 mars 2016, complétée de rentes pour enfants.

B. **a)** C._____, représentée par Me Philippe Graf, a recouru contre «la décision du 3 novembre 2017», par acte du 6 décembre 2017, en concluant, principalement, à l'annulation de la «décision» litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI «pour qu'il détermine le début et le montant de la rente d'invalidité [...] en tenant compte des conclusions de l'expertise psychiatrique judiciaire mise en œuvre», et subsidiairement à l'annulation de la «décision» litigieuse et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a ouvert un dossier sous le numéro de cause AI 395/17.

L'intimé s'est déterminé le 8 février 2018 en concluant à l'irrecevabilité du recours, dès lors qu'aucune décision n'avait été rendue le 3 novembre 2017.

b) C._____, toujours représentée par Me Philippe Graf, a recouru le 9 février 2018 contre la décision du 19 janvier 2018 en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à la Caisse [...].

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a ouvert un dossier sous le numéro de cause AI 52/18.

Le 14 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours.

c) Le 12 mars 2018, le juge instructeur a joint les causes AI 395/17 et AI 52/18, sous ce dernier numéro de cause.

d) Le 11 avril 2018, Me Graf s'est déterminé en maintenant «les conclusions qu'elle a[avait] prises au pied de son recours du 6

décembre 2017.» Il a produit deux rapports médicaux établis les 30 janvier et 5 avril 2018 par la Dresse H._____ et la psychologue R._____. Ces dernières y posent les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, de modification durable de la personnalité, sans précision, d'expérience personnelle terrifiante durant l'enfance, de négligence affective de l'enfant et de difficultés dans les rapports avec les parents et la fratrie. Elles exposent notamment que les troubles neuropsychologiques présentés par l'assurée ne sont pas observables et objectivables de manière fiable dans le cadre d'une expertise psychiatrique standard comme celle effectuée par le Dr F._____. Une évaluation neuropsychologique telle que celle effectuée par la neuropsychologue T._____ était nécessaire.

Le 17 mai 2018, Me Graf a déposé une nouvelle détermination en maintenant ses conclusions et en produisant un bilan neuropsychologique établi le 2 mai 2018 par la neuropsychologue T._____. Cette dernière y observe que l'assurée souffre d'un dysfonctionnement exécutif qui l'empêche de faire face correctement à des situations non routinières. Par exemple, elle ne peut pas réaliser une nouvelle recette de cuisine sans au préalable organiser le matériel et les étapes à réaliser, par écrit. Pendant l'exécution de l'action, elle doit contrôler en permanence que chaque étape est bien réalisée et doit ôter les objets non pertinents au fur et à mesure du plan de travail, car elle a des difficultés à inhiber les stimuli non pertinents et à prendre des décisions rapidement. Elle doit également fractionner une telle activité en deux parties et prévoir le double du temps nécessaire, sans quoi elle commet des erreurs et n'arrive pas à terminer l'activité sans l'aide d'une tierce personne. L'assurée souffre également de troubles attentionnels. Elle n'arrive pas à gérer des situations de double-tâche (prendre des notes en écoutant une émission à la radio), à soutenir son attention sur la durée (baisse d'attention après une à deux heures après la réalisation d'une tâche nécessitant un effort intellectuel soutenu, comme faire ses paiements, cuisiner ou trier les denrées alimentaires dans sa cuisine), ni à diviser son attention (grosses difficultés à prêter attention à son

interlocuteur dans un environnement bruyant). Elle présente un trouble de la mémoire de travail (lorsqu'elle est interrompue, elle oublie ce qu'elle est en train de faire ; lorsqu'elle lit un texte, elle n'arrive pas à comprendre le sens ; elle a de la peine à calculer la monnaie qui lui est due en retour après un paiement). Elle est rapidement fatiguée et commet des erreurs si une activité fait appel à plusieurs fonctions simultanément, par exemple, lors de son activité bénévole en hippothérapie, guider le cheval sur un parcours donné pendant que l'ergothérapeute s'occupe d'un patient en séance d'hippothérapie. Elle est fatiguée après une heure et épuisée après deux heures, commet des erreurs dans le trajet, n'arrive plus à s'occuper correctement du cheval et a besoin d'un long moment de repos par la suite. Elle n'arrive pas à réaliser cette activité plus qu'une fois par semaine et a des difficultés à prévoir plus d'une thérapie par jour en raison de sa fatigabilité intellectuelle. La Dresse T. _____ ajoute que les troubles neuropsychologiques constatés ne se présentent pas dans des situations simples ou routinières de la vie quotidienne. L'assurée est parfaitement capable de discuter, marcher ou tricoter. Mais les activités complexes lui posent problèmes, qui font appel à des fonctions intellectuelles supérieures, raison pour laquelle des tests psychométriques spécialement conçus, normés et validés, existent pour permettre aux neuropsychologues de les évaluer.

Le 31 mai 2018, l'OAI s'est déterminé en produisant une détermination du 30 avril 2018 de la Dresse X. _____, à laquelle il renvoyait. La Dresse X. _____ y proposait un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique avec des tests neuropsychologiques, compte tenu notamment des divergences d'appréciation de la même situation psychiatrique et en l'absence de documents attestant un changement de l'état de santé sur le plan somatique.

E n d r o i t :

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

b) En l'espèce, l'intimé a adressé à la Caisse [...], le 3 novembre 2017, un projet de motivation d'une décision à rendre prochainement. Il a adressé à l'assurée une copie de cet envoi. La Caisse [...] avait alors pour tâche de préparer et de notifier, au nom de l'OAI, une décision fixant le droit à la rente de manière chiffrée, en francs, à laquelle la motivation préparée par l'OAI devait être jointe (cf. Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant la procédure dans l'assurance-invalidité [CPAI], ch. 3040 ss). En l'absence de décision rendue le 3 novembre 2017, le recours interjeté le 6 décembre 2017, initialement traité sous le numéro de cause AI 395/17, est irrecevable.

c) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours interjeté le 9 février 2018 contre la décision du 19 janvier 2018 dans la cause AI 52/18 est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si,

au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode «spécifique» d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

bc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de

l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus). Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. art. 28a al. 3 LAI).

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

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. L'intimé a dans un premier temps mandaté le Dr V._____ pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. La Dresse H._____ et la psychologue R._____ ayant demandé la résiliation du mandat d'expertise en raison du déroulement du second entretien de l'assurée avec l'expert, l'OAI a invité le Dr V._____ à annuler le troisième entretien prévu, jusqu'à nouvel avis. Il a ensuite informé l'assurée de la résiliation du mandat d'expertise et a annoncé au Dr V._____ que son mandat était désormais «sans objet». Curieusement, il lui a toutefois

demandé de produire son rapport d'expertise «en l'état». C'était inconséquent de la part de l'intimé. En effet, soit il estimait, après les avoirs vérifiés et avoir interpellé l'expert concerné, que les motifs invoqués par les thérapeutes de l'assurée pour le récuser étaient convaincants - il n'y avait alors pas lieu de lui demander de produire son rapport «en l'état» -, soit ces motifs n'étaient pas convaincants et il convenait de maintenir le mandat, avec la possibilité pour le Dr V._____ de mener le troisième entretien clinique conformément à ce qu'il avait estimé nécessaire ou utile. Compte tenu de cette inconséquence, il ne peut être attribué aucune valeur probante au rapport établi «en l'état» par le Dr V._____ sans qu'il ait pu mener à terme tous les examens qu'il souhaitait. Il ne sera pas tenu compte de ce rapport.

6. L'intimé a, dans un second temps, mandaté le Dr F._____. Ce dernier a constaté que l'assurée avait présenté un épisode dépressif, qui était toutefois en rémission depuis le début de l'année 2016. Il a par ailleurs exclu des troubles cognitifs de nature à entraver la capacité résiduelle de travail de l'assurée, sans estimer nécessaire de demander un bilan neuropsychologique. On peut le comprendre, compte tenu de ses observations cliniques et des constatations de la neuropsychologue S._____ dont il disposait. Toutefois, après qu'un nouveau bilan neuropsychologique établi par la neuropsychologue T._____ a été établi, qui semblait confirmer les constatations de la Dresse H._____ et de la psychologue R._____ relatives à des atteintes cognitives invalidantes, le Dr F._____ a maintenu ses constatations sans réellement entrer en matière sur le résultat de ce nouveau bilan. Il semble qu'il n'ait en réalité tout simplement pas accordé de valeur probante à ce bilan dans la mesure où il paraissait contredire celui établi précédemment par la neuropsychologue S._____, sans toutefois exposer pourquoi il privilégiait un rapport plutôt que l'autre, ni vérifier ou discuter le point de savoir si les divergences pouvaient s'expliquer par des tests différents ou pratiqués dans un environnement différent. C'est insuffisant pour emporter la conviction et une nouvelle expertise, comportant un volet psychiatrique et un volet neuropsychologique, avec une discussion bidisciplinaire entre les deux intervenants, est nécessaire, comme le reconnaît d'ailleurs le SMR

dans un avis du 30 avril 2018 auquel renvoie l'intimé dans sa dernière détermination. On précisera dans ce contexte que l'on ne peut pas se fonder, en l'état, sur les constatations de la Dresse H._____ et de la psychologue R._____ pour constater d'emblée une incapacité de travail totale, d'une part parce que leurs constatations reposent notamment sur un diagnostic d'épisode actuellement sévère - en dépit de l'amélioration constatée sur ce plan par le Dr F._____ et admise par l'assurée, et sans autre discussion sur ce point -, d'autre part parce qu'en intervenant régulièrement directement auprès de l'ancien employeur de la recourante, en critiquant encore dans certains rapports récents l'attitude de cet employeur, en demandant elles-mêmes directement la récusation du Dr V._____ et rédigeant quasiment la contestation de l'assurée au projet de décision de l'OAI du 19 janvier 2017, elles se sont impliquées personnellement dans la procédure d'une manière qui les place dans une situation très délicate pour apprécier, dans le contexte litigieux actuel, la capacité résiduelle de travail de la recourante.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué. Le point de savoir si la recourante présente effectivement des troubles neuropsychologiques lorsqu'elle est

testée dans un environnement écologique et non pas dans le calme d'une salle d'examen, et cas échéant si les limitations fonctionnelles qui en découlent sont compatibles avec son activité professionnelle, n'a pas été clarifié. Par ailleurs, il sera très vraisemblablement nécessaire de compléter l'instruction également par une nouvelle enquête économique au ménage, tenant compte des résultats de l'expertise et de l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis la dernière enquête. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

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

- I. Le recours interjeté le 6 décembre 2017 est irrecevable.
- II. Le recours interjeté le 9 février 2018 est admis.
- III. La décision rendue le 19 janvier 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour C._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :