

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Amandine Torrent,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 19[...], de nationalité [...], en Suisse depuis 1988 (au bénéfice d'un permis C) divorcée (depuis 2017) et mère de trois enfants (nés en 1984, 1989 et 2001), sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'aide de cuisine à 50 % auprès du restaurant V. _____ à [...] dès le 21 juillet 1990.

Elle a présenté une incapacité de travail à 100 % dès le 19 novembre 2009 à la suite d'un cancer du sein. R. _____, assureur perte de gain de l'employeur, a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières du 4 décembre 2009 au 30 septembre 2010, date à laquelle le contrat a été résilié par l'employeur.

Le 18 juin 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimée). Elle a ultérieurement précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 50 % (cf. formulaire 531^{bis} du 28 juin 2010).

Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 18 mai 2011, un statut de 70 % active et 30 % ménagère a été reconnu à l'assurée et les empêchements ménagers ont été estimés à 15.25 %. Ce formulaire précisait que le formulaire 531^{bis} complété en juin 2010 avait été mal interprété et que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à 70 % depuis début 2010, afin de pouvoir payer la scolarité de son fils.

Selon un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 17 janvier 2012, la Dre T. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un carcinome canalaire invasif du sein gauche, a indiqué que l'assurée avait été en incapacité totale de travail de décembre 2009 à septembre 2010, a arrêté depuis lors la capacité de travail dans l'activité habituelle à 50 % et à 80 % dans une activité adaptée et a énuméré au nombre des limitations fonctionnelles des troubles

attentionnels, de la fatigabilité et le travail avec les bras au-dessus de la tête. Elle a pour le surplus exposé ce qui suit :

« Selon les oncologues, l'assurée peut travailler dès le 01.11.2010, et elle s'inscrit au chômage au taux d'activité de 50% dès le 01.11.2010.

L'assurée développe des troubles neuro-comportementaux dans les suites de la chimiothérapie. Le bilan neuropsychologue (janvier 2011 puis juillet 2011) retient un rendement de 80% dans une activité professionnelle.

Selon le dr A._____, médecin traitant, l'assurée récupère progressivement une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (voir RM du 23.12.2011 sur la base de la consultation du 04.07.2011).

En résumé :

- Capacité de travail 80 %, exigible dans une activité adaptée, dès juillet 2011 ».

Par décision du 18 septembre 2012, confirmant un projet de décision du 31 janvier 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011. Il a notamment retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (troubles attentionnels, de la fatigabilité et le travail avec les bras au-dessus de la tête), à compter du 1^{er} juillet 2011, de sorte que, après trois mois d'amélioration, elle présentait un taux d'invalidité insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

Par communications des 4 décembre 2012 et 4 mars 2013, l'OAI a indiqué prendre en charge une allocation d'initiation au travail. L'aide au placement effectuée s'est matérialisée par un engagement de l'assurée auprès du restaurant P._____ à 50 % dès le 1^{er} mars 2013.

B. Le 18 août 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en raison d'un cancer du sein.

Selon un courrier adressé à l'OAI le 6 novembre 2015 par la Ligue vaudoise contre le cancer, l'assurée avait, à la suite de la demande de son employeur, augmenté son taux d'activité de 50 % à 60 % à compter du 1^{er} mai 2015 ; son contrat de travail avait toutefois dû être modifié pour un 50 % dès le 1^{er} août 2015, l'employeur et l'assurée ayant constaté qu'un 10 % supplémentaire, pour cette activité dite « adaptée » en termes d'horaires, n'était pas réalisable, l'intéressée étant trop fatiguée et le travail effectué pas à la hauteur de ce qui était demandé (cf. courrier de l'employeur du 29 juin 2015 joint en annexe). Était également annexé un rapport du 13 octobre 2015 de la Dre Y._____, indiquant que l'assurée présentait une incapacité fonctionnelle de type « port de charge lourde, fatigue si durée de travail longue », en raison de suites opératoires et de l'hormonothérapie. Au vu de ces éléments, une rente AI à 50 % devait être envisagée.

Dans un avis du 25 mai 2016, le Dr L._____ du SMR a relevé que les pièces médicales au dossier confirmaient que la maladie cancéreuse était en rémission complète depuis cinq ans et que la capacité de travail de 50 % dans l'activité de femme de ménage attestée par le médecin traitant correspondait à l'exigibilité retenue par le SMR dans dite activité depuis 2011.

Par projet de décision du 14 juin 2016, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, motif pris qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de faits s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

L'assurée s'est opposée à ce projet le 28 juin 2016, contestant en substance qu'il s'agisse d'une appréciation différente d'un même état de fait.

L'assurée a ensuite été licenciée par P._____ avec effet au 30 septembre 2016 (cf. courrier de l'employeur du 19 août 2016, indexé

par l'OAI le 12 septembre 2016), puis s'est retrouvée en incapacité totale de travailler à compter du 19 septembre 2016 en raison de problèmes psychiques, avec, pour conséquence, le report de son délai de congé au 31 octobre 2016.

Dans un avis médical du 11 janvier 2017, le Dr L. _____, du SMR a exposé ce qui suit (sic) :

« Notre position, fixée par l'avis SMR du 25 mai 2016, est contestée par l'assurée sur la base de certificats et/ou rapport émanant du Dr N. _____, oncologue FMH, qui suit l'assurée pour un cancer du sein gauche traité en 2009 et en rémission complète depuis.

Statut retenu en 2011 : active à 70 % ; ménagère à 30 %.

L'activité habituelle décrite dans la correspondance employeur du 6 novembre 2015 consiste dans le nettoyage de bureaux et d'un restaurant. Dans son courrier du 5 août 2016, notre assurée nous rapporte devoir « descendre des sièges de table » durant son travail, ce qui n'est pas adapté. L'assurée assume toujours cette fonction à 50%. Une telle activité n'est pas exigible à plus de 50% depuis juillet 2011.

L'assurée est actuellement sous traitement de létrozole. Les effets secondaires de ce traitement justifient l'incapacité de travail de 20% encore reconnue à notre assurée.

Dans un document médical du 13 octobre 2015, le Dr X. _____ chef de service d'oncologie médicale au G. _____ écrit : « *Absence de contrindication au point de vue oncologique pour taux de travail à 100%, mais la patiente présente actuellement une incapacité fonctionnelle de porte de lourd avec fatigue si durée de travail longue, en raison des suites opératoires et l'hormonothérapie. Pour cette raison elle travaille à 50% dans une activité adaptée comme celle qu'elle s'occupe ce jour* ».

Dans son courrier du 5 août 2016, notre assurée nous rapporte devoir « *descendre des sièges de table* » durant son travail, ce qui n'est pas adapté depuis au moins 2011.

Dans une activité adaptée, sédentaire ou semi-sédentaire, permettant l'alternance des positions au gré de l'assurée, sans manipulations du membre supérieur gauche de charges de plus de 5kg, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans gestes demandant de maintenir la main gauche au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine percutante et/ou vibrante de la main gauche, dans une activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie harmonieusement sur 5 jours ouvrables, la

capacité de travail ne s'est pas réduite depuis le rapport d'examen SMR du 17 janvier 2012. Nous maintenons cette position ».

Dans un formulaire « Détermination du statut (part active/part ménagère) rempli le 6 mars 2017, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 % dès janvier 1990 en qualité de femme de ménage.

A la suite des problèmes psychiques rencontrés par l'assurée, K._____, assureur perte de gain de l'employeur, a mis un œuvre une expertise psychiatrique auprès de la Dre I._____. Dans son rapport d'expertise du 12 avril 2017, l'experte a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail d'épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne, avec syndrome somatique (F32.11), occasionnant une incapacité totale de travail depuis le 19 septembre 2016, précisant qu'une stabilisation de l'état de santé était prévue dans un délai d'un à trois mois au maximum, avec une capacité de travail à 50 % tout au plus, d'où la nécessité de demander un rapport médical au médecin traitant ou une nouvelle évaluation psychiatrique. La Dre I._____ a en outre précisé que l'assurée ne présentait pas de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme douloureux persistant, de fibromyalgie ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Dans un rapport médical du 18 août 2017 à l'attention de K._____, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a constaté une légère amélioration de l'état de santé et indiqué que la capacité de travail était de 50 % du 50 % habituel à compter du 1^{er} octobre 2017.

Le Dr D._____ a complété un questionnaire de l'OAI le 16 mai 2018, où il indiquait que l'assurée s'était inscrite au chômage depuis le 1^{er} janvier 2018 et avait effectué un stage en atelier encadré E._____ du 19 février au 19 mai 2018. Il a précisé que l'intéressée se disait très

fatiguée, ce qui était objectivé cliniquement durant les entretiens, qu'elle présentait toujours une baisse inquiétante de ses fonctions cognitives et avait fait de multiples erreurs lors de son stage. Selon le Dr D._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2016 et d'à peine 50 % dans une activité en atelier protégé E._____ depuis le 19 février 2018. Il a en outre relevé que l'assurée n'arrivait à se concentrer, ne retrouvait pas ses capacités de travail comme avant (séquelles), se fatiguait vite et présentait surtout de graves troubles de la mémoire.

Répondant le 17 octobre 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr D._____ a notamment indiqué que la patiente est suivie au G._____ par le service de cardiologie, qui avait mis en évidence une insuffisance cardiaque assez inquiétante, avec une fraction d'éjection de 43%, que le traitement qu'il avait instauré comportait un antidépresseur, la Miansérine, le seul autorisé en cas de problèmes cardiaques, que le score d'Hamilton passé le 15 octobre 2018, était de 22 points sur les 17 items et que l'assurée se trouvait alors en arrêt maladie depuis le 8 octobre 2018.

Dans un rapport du 25 septembre 2018, les Drs O._____ et Q._____, de la consultation de cardiologie du G._____, ont posé le diagnostic de « dysfonction ventriculaire gauche modérée d'origine indéterminée : DD : Hypertensive, toxique sur traitement de chimio et radiothérapie, et idiopathique ». Ils ont relevé que la situation cardiaque restait actuellement favorable chez une assurée qui ne présentait pas de signes de décompensation cardiaque ; le bilan sanguin ne montrait pas d'atteinte des fonctions rénales et hépatique et l'ECG ne montrait pas de nouvelles modification, l'US cardiaque montrant une stabilité de la FEVG de 43 %.

Dans un avis médical du 6 novembre 2018, le Dr L._____ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise MeD@p sur les plans psychiatrique, cardiologique et oncologique, afin d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis janvier 2014.

c) L'assurée a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, de médecine interne, d'oncologie et de cardiologie auprès du F._____, conduite par les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, S._____, spécialiste en médecine interne générale, C._____, spécialiste en oncologie, et M._____, spécialiste en cardiologie. On extrait notamment ce qui suit de leur rapport d'expertise du 3 mai 2019 :

« 4. Évaluation consensuelle

[...]

4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- carcinome canalaire invasif de la fonction du quadrant supérieur du sein gauche, de grande III, pT2 2,5 cm, pN0 (0/4) (sn) cN0 stade IIA, récepteur aux œstrogènes 100%, récepteur à la progestérone <1%, HER2 négatif, MIB-1 à 70%, absence d'invasion vasculaire ni péri-nerveuse
- dysfonction ventriculaire G modérée d'origine indéterminée (secondaire au traitement de chimiothérapie ?)
- épisode dépressif léger avec syndrome somatique F32.01.

4.3. Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles d'ordre cardiaque ont provoqué un déconditionnement ainsi qu'une baisse d'un degré sévère de la tolérance à l'effort.

Du point de vue oncologique, les limitations secondaires aux traitements reçus provoquent des douleurs musculosquelettiques limitant la fréquence et l'amplitude des mouvements, au niveau de l'épaule et du bras gauche, et des membres inférieurs + dans une montre mesure du bras droit ; trouble de la concentration et de la fatigabilité.

4.4. Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité n'a aucune incidence.

4.5. Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Pas de facteurs de surcharge chez une expertisée scolarisée, intelligente, ayant des ressources telles que le fait de donner un sens à sa vie, signalons qu'elle a réagi à l'annonce de son cancer par un épisode dépressif qu'elle a pu surmonter, elle s'occupe de son fils qui est schizophrène. Elle a la capacité à prendre soin de soi-même

et à subvenir à ses propres besoins, la capacité de mobilité et capacité de déplacement, aptitude à prendre des décisions et capacité de discernement, capacité à s'affirmer, aptitude à tenir une conversation et capacité de contact avec des tiers, capacité de flexibilité et capacité de planification et de structuration des tâches. Néanmoins, elle est fatiguée et n'a pas de formation de base.

4.6. Contrôle de cohérence

Les plaintes de l'expertisée sont plausibles et cohérentes pour l'ensemble des experts.

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % depuis 2016.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

Les aptitudes de l'expertisée définissent un cadre de travail impliquant une sédentarité et des travaux peu physiques. Dans ce cadre strict, une reprise progressive du taux d'activité peut être envisagée à 50 %. Depuis 2017.

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Les incapacités de travail sont d'ordre cardiaque, oncologique et psychiatrique (19.09.2016 à 100% jusqu'à la fin 2016 pour des raisons psychiatriques).

4.10. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Cette expertisée pourrait être candidate à une réadaptation cardiovasculaire qui pourrait améliorer sa condition physique et devrait être référée à un centre de la douleur de façon à tenter de diminuer les douleurs localisées au sein gauche et au bras gauche ».

Le rapport d'expertise psychiatrique réalisée par le Dr J._____, référencé sous Annexe 1 de l'expertise précitée, a en outre la teneur suivante :

« 3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants

[...]

Anamnèse psychiatrique systématique

L'expertisée ne se plaint pas de troubles de l'orientation, ni de la mémoire ou de la concentration. Elle ne rapporte pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives, pas d'idées délirantes notamment de persécution, pas non plus d'idées interprétatives ou de

concernement, et pas non plus d'euphorie. Elle dit être triste depuis licenciement en 2016, avoir des sentiments d'infériorité, ainsi que des troubles du sommeil. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide et n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Elle décrit être angoissée, avec notamment une barre au creux de l'estomac, et des tachycardies le matin. Elle précise avoir la phobie des escalators, elle ne peut même pas y aller en étant accompagnée.

[...]

Le 12.04.2017, la Dre I._____, psychiatre à [...], adresse une expertise psychiatrique à la K._____ et tient comme diagnostic avec incidence sur la capacité de travail : épisode dépressif réactionnel d'intensité moyenne, avec syndrome somatique F32.11. Actuellement, l'état de l'expertisée s'est très légèrement amélioré par rapport au diagnostic de dépression sévère objectivé par le psychiatre traitant mais son état reste inquiétant et justifie largement une incapacité de travail à 100% dans toute activité. Elle présente également des difficultés à gérer toute forme de stress et les changements et ses ressources d'adaptation aux changements sont diminuées. Par conséquent, actuellement, l'état justifie une incapacité de travail à 100% depuis le 19.09.2016 et pour une durée encore indéterminée. Limitations fonctionnelles : tristesse, angoisses, fatigue, troubles cognitifs, difficultés à gérer le stress et les changements et diminution des ressources d'adaptation aux changements. Incapacité de travail : 100% depuis le 19.09.2016 pour une durée de 1 à 3 mois.

Le 16.05.2018, le Dr D._____ s'adresse à l'OAI et retient comme diagnostic celui de dépression chronique depuis septembre 2016. Depuis le 01.01.2018, elle s'est inscrite au chômage et a fait un stage en atelier encadré E._____, du 19.02 au 19.05.2018. Elle se dit très fatiguée, objectivé aussi cliniquement dans les entretiens, présente toujours une baisse inquiétante de ses fonctions cognitives, a fait de multiples erreurs lors du stage. Elle présente une dépression chronique d'intensité moyenne avec une baisse d'allure séquellaire de ses fonctions cognitives, ce qui l'empêche de façon durable à travailler. Capacité de travail dans l'activité habituelle : 0% dans son activité habituelle depuis 2016 ; dans une activité adaptée : à peine 50% depuis le 19.02.2018. Incapacité de travail à 100% depuis le 19.09.2016.

Le 10.10.2018, le Dr D._____ signale que la patiente se retrouve actuellement en arrêt maladie depuis le 08.10 jusqu'au 21.10.2018. Il réitère sa recommandation quant à l'octroi d'une rente AI.

Signalons des incohérences entre les rapports du psychiatre de l'expertisée et nos propres constatations, la fatigue que l'expertisée dit ressentir est très probablement liée à la prise de Nozinan et de Miansérine.

4. Constatations

4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure

L'expertisée est restée calme tout au long de l'entretien.

4.2 Compréhension linguistique

L'expertisée s'exprime correctement en français.

4.3 Constatations lors de l'examen

Il s'agit d'une expertisée faisant son âge, de peau noire, les cheveux noirs tressés et les yeux marrons. Elle est venue en train avec son mari. Elle s'exprime correctement en français dans un discours cohérent, en me regardant dans les yeux. Bonne collaboration.

L'expertisée est bien orientée aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et concernant la situation.

L'expertisée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que nous n'ayons pas mesuré le quotient intellectuel, cette expertisée ne présente pas de problème à ce niveau-là.

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'expertisée ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'expertisée présente une tristesse et une humeur dépressive d'un degré plutôt léger, avec une fatigue qui est directement liée à la prise de Nozinan et de la Miansérine, comme reconnu par l'expertisée. Il n'y a pas de signes cliniques parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité et de dévalorisation. L'élan vital est relativement conservé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A notre connaissance, l'expertisée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Présence de troubles du sommeil.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de suites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, au moment de l'entretien nous n'avons pas pu retenir des troubles anxieux, mais l'expertisée dit que parfois elle est nerveuse et irritable et ceci en fonction de la relation avec son fils. Phobie des escalators.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie.

Selon l'expertisée, elle ne fume pas, ne boit pas d'alcool et ne consomme aucune drogue.

5. Informations éventuelles fournies par des tiers (y c. médecins traitants)

Le 22 mars 2019, le Dr D._____, psychiatre de l'expertisée, répond à notre demande de la manière suivante : Il a retenu le diagnostic de dépression chronique, depuis septembre 2016. La fréquence des consultations est de 2 à 3 consultations par mois. *H._____ présente une dépression chronique d'intensité moyenne avec une baisse d'allure séquellaire de ses fonctions cognitives, ce qui l'empêche de façon durable à travailler. Elle a des angoisses massives, une intolérance au stress, aux frustrations et aux changements imprévus, avec irritabilité et labilité accrue de l'humeur avec pleurs. Les ruminations anxiodépressives lui ont causé une prise de poids, car la patiente mange pour calmer ses angoisses. Il y a aussi une perte d'élan vital, doublé par un syndrome douloureux diffus. Le tableau clinique de H._____, épuisée et n'ayant pas de ressources psychiques pour faire face à sa maladie (risque de récurrence de cancer), a conduit à l'installation et la chronicisation de sa dépression actuelle. Dans ce contexte de grande fragilité, la patiente a fait une rechute dépressive grave au moins de mai 2018 lors d'une biopsie car il y avait une forte suspicion de récurrence cancéreuse. Selon le psychiatre, l'expertisée se montre collaborative et compliant au traitement médicamenteux. Concernant les limitations fonctionnelles : l'expertisée n'arrive pas à se concentrer, ne retrouve pas ses capacités de travail comme avant (séquelles), se fatigue vite et présente surtout de graves troubles de la mémoire. Le psychiatre recommande une rente entière AI à 100%.*

Selon le dosage plasmatique, la Miansérine est dans les valeurs thérapeutiques, tandis que la Levomepromazine est très en-dessous (Annexes).

6. Diagnostics

Nous avons retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique F32.01, avec tristesse et humeur dépressive d'un degré léger, présence de sentiments d'infériorité et de dévalorisation, présence de troubles du sommeil, pas d'idées noires, pas d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Nous nous éloignons donc de la gravité de l'état dépressif retenu par son psychiatre, car nous n'avons pu objectiver aucun trouble cognitif, ni les angoisses massives, ni le trouble de l'humeur avec pleurs fréquents, mais il est bien possible qu'en mai 2018, l'expertisée ait présenté des angoisses ponctuelles en attendant le résultat de la biopsie.

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

[...] d'origine, scolarisée, l'expertisée est arrivée avec son premier mari en 1988 en Suisse, où elle a demandé l'asile politique. Sans

activité professionnelle en [...], elle a travaillé pendant 19 ans en Suisse comme caissière au V._____, elle a arrêté en 2009 à la suite d'un cancer du sein ; par la suite, elle a repris le travail, elle a été licenciée en 2016 et s'est inscrite au chômage. Cette expertisée a développé un épisode dépressif secondaire au cancer du sein, qui est actuellement léger, elle se plaint fondamentalement de la fatigue qui est probablement liée à l'effet du Nozinan et de la Miansérine. H._____ dispose de mécanismes adaptatifs qu'elle a mis en exergue tout au long de son existence.

7.2 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

L'expertisée est suivie par un psychiatre dans les règles de l'art. Cette expertisée a déjà effectué des mesures de l'AI avec succès et il n'y a aucune contre-indication du point de vue psychiatrique à ce que celles-ci soient renouvelées.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes de l'expertisée sont plausibles et cohérentes eu égard à l'examen clinique ainsi qu'à ses activités journalières.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Scolarisée, intelligente, cette expertisée présente des ressources psychologiques telles que le fait de donner un sens à sa vie, signalons qu'elle a réagi à l'annonce du cancer par un épisode dépressif qu'elle a pu surmonter, elle s'occupe de son fils qui est schizophrène. Elle a la capacité à prendre soin de soi-même et à subvenir à ses propres besoins, la capacité de mobilité et capacité de déplacement, aptitude à prendre des décisions et capacité de discernement, capacité à s'affirmer, aptitude à tenir une conversation et capacité de contact avec des tiers, capacité de flexibilité et capacité de planification et de structuration des tâches.

8. Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Nous pouvons retenir une incapacité de travail depuis le 19.09.2016 à 100% jusqu'à la fin 2016. Depuis lors, elle est capable de travailler à 100%.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Capable de travailler depuis début 2017.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Nous nous interrogeons sur la poursuite du Nozinan et de la Miansérine qui provoquent de la somnolence et fatigue chez l'expertisée, il serait prudent de changer de molécule.

Questions se rapportant au cas précis

Cas sans enquête ménagère

Quels sont, sous l'angle médical, les effets des atteintes à la santé sur les activités suivantes :

- Alimentation (préparer et cuire les aliments, servir les repas, nettoyer la cuisine au quotidien, faire des provisions)
- Entretien du logement ou de la maison (ranger, épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond, soigner les plantes, le jardin, l'extérieur de la maison, sortir les déchets) et garde des animaux domestiques (les promener, les nettoyer, etc.)
- Achats (courses quotidiennes et achats plus importants) et courses diverses (poste, assurances, services officiels)
- Lessive et entretien des vêtements (laver, étendre, plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)
- Soins aux enfants ou autres membres de la famille

Pas de limitations du point de vue psychiatrique ».

d) Une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée le 16 décembre 2019 par B._____. Dans son rapport du 8 avril 2020, elle a retenu un statut de 70 % et 30 % ménagère, une invalidité de 7.5% et estimé que l'aide exigible de la famille prise en compte était estimée à environ 5h/semaine. La rubrique « Observations/conclusions » a en outre la teneur suivante :

« Lors de l'entretien, l'assurée fait état de nouvelles limitations fonctionnelles notamment cardiaques, qui restent, faute de pièces médicales récentes, sans objectivités à ce jour. Elles ne sont dès lors pas prises en compte dans l'évaluation des empêchements ménagers. Seules les LF en notre possession sont considérées à ce jour.

Les empêchements ménagers retenus à l'époque sont quelque peu différents à ce jour car les critères actuels sont quelque peu différents.

Madame mentionne que ses empêchements sont beaucoup plus importants qu'en 2011. Elle remet en question l'évaluation de la précédente évaluatrice prétextant que les empêchements qu'elle a retenu étaient trop proches de l'atteinte à la santé pour que l'assurée puisse donner un avis objectif sur les difficultés qu'elle rencontrait. Elle argumente que les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie effectués après 04.2011 ont engendré des difficultés supplémentaires. Toutefois, l'évaluatrice a bien relevé les difficultés rencontrées par H._____.

D'après les éléments de l'expertise, il semble que Madame n'ait pas tenu le même discours selon à quel expert elle s'adressait. En effet,

la façon de procéder à la tenue de son ménage semble quelque peu différent d'un expert à l'autre.

L'expert cardiologue avait noté en p.29 que « Cette expertisée pourrait être candidate à une réadaptation cardio-vasculaire qui pourrait améliorer sa condition physique ». Celle-ci n'a pas eu lieu à ce jour ; dès lors, l'assurée n'a pu récupérer une condition physique et dit avoir plus de difficultés à exercer ses tâches ménagères. Toutefois, certaines tâches peuvent être exercées en appliquant l'obligation de réduire le dommage tout en respectant les LF.

Dès lors, la présente évaluation se base sur les limitations fonctionnelles en notre possession à ce jour et tient compte de l'ORD et de l'aide exigible de la fille de l'assurée et de son époux dans la tenue du ménage, même si celui-ci est atteint dans sa santé ».

Par projet de décision du 14 avril 2020, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Sans formation professionnelle, vous avez travaillé en dernier lieu en qualité d'employée polyvalente à 50% auprès de W._____.

En raison de votre atteinte à la santé, vous avez présenté une incapacité de travail et de gain depuis le 19 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an).

Après une nouvelle analyse de votre situation, et notamment suite à l'expertise médicale, il ressort que l'exercice de votre activité habituelle n'est raisonnablement plus exigible de votre part. Par contre, une capacité de travail de 50% peut être attendue de votre part dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (troubles de la concentration et fatigabilité, un cadre de travail impliquant une sédentarité et des travaux peu physiques : douleurs musculosquelettiques limitant la fréquence et l'amplitude des mouvements, au niveau de l'épaule et du bras gauche, des membres inférieurs et dans une moindre mesure, du bras droit) et ceci depuis janvier 2017.

Dans le cadre d'un entretien avec notre service de réadaptation, une mesure de reprise progressive vous a été proposée. Toutefois, vous n'avez pas souhaité entrer en mesure.

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, il convient d'une part de déterminer le préjudice subi dans la part professionnelle (part active) et d'autre part de prendre en considération les empêchements dans la tenue du ménage (part ménagère).

Le degré d'invalidité qui résulte de ces deux domaines doit ensuite être pondéré en tenant compte du taux d'occupation professionnel que vous auriez eu si vous n'aviez pas été invalide et du taux consacré à vos travaux habituels.

Vous avez déclaré qu'en bonne santé, vous travailleriez à 70%. Les 30% restants correspondent à vos travaux habituels.

Jusqu'au 31 décembre 2017, le préjudice économique se calcule en comparant le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé à 70%, avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée respectant vos limitations fonctionnelles.

En l'occurrence, en bonne santé, vous auriez pu prétendre à un revenu annuel de CHF 36'062.60 en 2017.

Dans votre situation, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer votre revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 27'399.73 à 50%, en 2017.

Par ailleurs, vos limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Votre revenu d'invalide est donc de CHF 24'659.75.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé (à 70%)	CHF	
36'062.60		
Revenu avec atteinte à la santé (à 50%)	CHF	
24'659.75		
Perte de revenu	CHF	11'402.85
Degré d'invalidité		31.62%

Selon l'enquête réalisée à votre domicile, vous présentez des empêchements dans la tenue de votre ménage, qui s'élèveraient à 7.5%, dans l'hypothèse où vous consacriez 100% de votre temps à cette activité.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	70%	31.62%	22.13%
ménagère	30%	7.50%	2.25%
Taux d'invalidité global :			24.38%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas le droit à une rente.

Depuis le 1er janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI).

Désormais, pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, nous devons nous baser sur un taux d'occupation théorique de 100 %, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

Dans votre situation, nous devons par conséquent tenir compte du revenu annuel que vous auriez réalisé en bonne santé en exerçant votre activité habituelle à plein temps, soit CHF 51'518.00 en 2017 (CHF 36062.60 / 70% x 100%).

Le salaire que vous pourriez percevoir avec votre invalidité est toujours de CHF 24'659.75 à 50%.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé (à 100%)	CHF	
51'518.00		
Revenu avec atteinte à la santé (à 50%)	CHF	
24'659.75		
Perte de revenu	CHF	26'858.25
Degré d'invalidité		52.13%

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	70%	52.13%	36.49%
ménagère	30%	7.50%	2.25%
Taux d'invalidité global :			38.74%

Ce degré d'invalidité n'ouvre toujours pas le droit à une rente.

Exemples d'activités adaptées : activités légères dans le domaine de la production ou des services ».

L'assurée s'est opposée à ce projet les 23 avril et 16 juin 2020, contestant notamment les conclusions de l'enquête ménagère, soulignant que la situation au sein de son foyer ne s'était pas modifiée de telle manière à pouvoir conclure à une diminution de son empêchement à accomplir des tâches ménagères depuis la dernière enquête.

e) Par décision du 18 août 2020, l'OAI a confirmé son projet du 14 avril 2020 et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Le courrier d'accompagnement du même jour expliquait notamment que les champs

d'activités avaient été modifiés depuis la précédente évaluation datant de 2011, et qu'il était donc difficile d'en faire une comparaison stricte, mais que dans les grandes lignes on pouvait retenir que la situation familiale s'était modifiée avec le départ du fils de l'assurée du domicile en 2016 et que sa fille, âgée actuellement de 19 ans était autonome (trajet pour l'école et apte pour des travaux ménagers comparativement à l'évaluation faite 9 ans plus tôt).

C. Par acte du 23 septembre 2020, H._____, représentée par Me Véronique Me Fontana, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que l'intimé est condamné à lui verser une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, à compter du 1^{er} janvier 2017 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, elle conteste la capacité de travail retenue, alléguant la capacité de travail serait nulle depuis le 1^{er} janvier 2017 en raison de troubles somatoformes. Elle reproche en outre à l'OAI de s'être fondé uniquement sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr J._____, dont elle conteste la valeur probante. A l'appui de son écriture, elle a notamment produit les documents suivants :

- un rapport médical du Dr D._____, du 21 septembre 2020, dont on extrait ce qui suit :

« 4. Discussion

Je trouve que les autres médecins somaticiens ont mieux détaillé l'état clinique de la patiente que le médecin psychiatre expert. Les médecins somaticiens ont trouvé la patiente très déprimée avec des difficultés. Le médecin traitant de la patiente et moi-même avons attesté l'état dépressif chronique de la patiente, avec une baisse notable de ses fonctions cognitives.

Le médecin expert psychiatre n'essaye même pas de comprendre la souffrance de la patiente et ne s'interroge pas pourquoi cette souffrance dure depuis très longtemps.

Le médecin expert psychiatre affirme d'emblée que la patiente n'est pas déprimée et met la fatigue chronique sur le dos du traitement reçu. Cela n'est pas justifié et cette fatigue objectivée traduit plutôt une baisse durable des fonctions cognitives. Le médecin psychiatre expert tranche très rapidement et sans argumentation valable que la patiente n'a rien depuis fin 2016. Je me demande sur quels critères il a pu avancer cette affirmation ?

Aussi sec, le médecin expert psychiatre tranche que la patiente ne présente pas de limitations du point de vue psychiatrique pour les activités quotidiennes et ménagères, sans donner aucune argumentation de ses affirmations.

5. Conclusions :

1. Les médecins somaticiens participant à l'expertise pluridisciplinaire aussi le Dr A. _____ médecin de famille et moi-même, avons mieux décrit l'état clinique de la patiente, que le médecin psychiatre expert.
2. Le médecin expert psychiatre n'a pas du tout argumenté ses conclusions.
3. Au niveau somatique, la patiente présente une incapacité de travail de 100 % à cause de son cœur qui présente une baisse continue et inquiétante de la fraction d'éjection qui est de 35 % (au seuil de la pose d'un pacemaker ?!). Au niveau des tâches ménagères, la patiente n'est pas capable d'assumer quoi que ce soit.
4. L'état clinique de la patiente est resté stable avec des séquelles, comme décrit dans mon courrier du 07.03.2019 adressé au Dr VENTURA, médecin psychiatre expert.

6. Recommandations :

1. A cause des arguments cliniques apports, concernant l'état clinique et les antécédents médicaux de H. _____, je recommande que l'expertise psychiatrique du Dr J. _____, médecin psychiatre expert, soit invalidée.
2. Je recommande l'octroi d'une rente entière AI à 100% chez Mme H. _____, pour des raisons psychiatriques et somatiques ».

- un rapport médical du Dr A. _____, spécialiste en médecine interne générale, du 22 septembre 2020, contestant les conclusions de l'expert psychiatre, estimant que le volet psychiatrique de l'expertise doit être revu et invalidé, et soutenant que la recourante puisse obtenir une rente AI à 100%.

Par décision du 28 septembre 2020, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 septembre 2020, dans la mesure de l'exonération des frais judiciaires

et des avances, ainsi que de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana.

Dans sa réponse du 28 octobre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, se basant principalement sur un avis médical SMR du 26 octobre 2020.

Répliquant le 19 novembre 2020, la recourante maintient ses conclusions et requiert en outre la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, ainsi qu'une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire, formulant des propositions d'experts somaticiens et psychiatres. Elle produit à l'appui de son écriture un rapport du Dr Nicolas du 16 novembre 2020.

Dans sa duplique du 10 décembre 2020, l'OAI a confirmé ses conclusions.

D. Par décision du 21 janvier 2021, faisant suite à la communication du 6 janvier 2021 de Me Torrent à l'appui de laquelle elle indiquait désormais représenter la recourante, la juge instructrice a relevé Me Fontana de sa mission et désigné en remplacement Me Amandine Torrent en qualité d'avocate d'office de la recourante. Par décision séparée du même jour, l'indemnité d'office de Me Fontana a été arrêtée à un montant de 1'173 fr. 45 pour la période du 23 septembre 2020 au 15 janvier 2021.

Le 15 mars 2021, la recourante, désormais représentée par Me Torrent, a en substance confirmé ses conclusions. Elle a notamment produit un rapport médical du 8 janvier 2021 du Dr D._____, confirmant sa position quant au fait que l'expertise psychiatrique devait être écartée et une rente entière d'invalidité allouée à la recourante.

L'intimé s'est déterminé par écriture du 13 avril 2021, au terme de laquelle il a maintenu sa position et renvoyé pour l'essentiel à l'avis médical du SMR du 22 mars 2021.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité à la suite de sa deuxième demande de prestations du 18 août 2015.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle

est définie par l'art. 6 LPGA comme, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C 877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA 1131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

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

5. a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées ; TF 9C_516/2012 du 3 janvier 2013 consid. 2 et I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 et 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). En revanche, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence citée ; TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

6. En l'espèce, l'intimé est, à juste titre, entré en matière sur la deuxième demande de prestations AI déposée par la recourante, compte tenu de la problématique psychiatrique inexistante lors de la première décision. Il a dès lors repris l'instruction en requérant notamment des avis médicaux auprès des médecins ayant suivi l'intéressée et en ordonnant une expertise pluridisciplinaire auprès du F._____. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force du 18 septembre 2012 et la décision litigieuse du 18 août 2020, l'état de santé de

l'intéressée s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations AI.

a) Dans le cadre de l'examen de la première demande de la recourante, l'OAI s'est fondé essentiellement sur le rapport SMR du 17 janvier 2012, - lequel se basait sur les conclusions du Dr A._____, médecin traitant du 23 décembre 2011, - qui posait le diagnostic de carcinome canalaire invasif du sein gauche et retenait à titre de limitations fonctionnelles des troubles attentionnels, de la fatigabilité et le travail avec les bras au-dessus de la tête. Sur cette base, l'intimé a retenu dans sa décision du 18 septembre 2012 que la recourante disposait dès décembre 2010 d'une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 70 % dès le 1^{er} juillet 2011 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Après avoir calculé le taux d'invalidité que cela représentait tant dans la part ménagère que dans la part active, il a alloué à l'intéressée un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2010 au 30 septembre 2011. Pour la période postérieure au 1^{er} juillet 2011, respectivement 30 septembre 2011, il a considéré que la recourante présentait un taux d'invalidité de 4.57% insuffisant pour maintenir un droit à la rente. Faute de recours dans le délai imparti, cette décision est entrée en force. Elle est définitive.

b) Pour statuer sur les prétentions de la recourante dans le cadre de sa deuxième demande de prestations, l'intimé s'est fondé principalement sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du F.____ du 3 mai 2019.

aa) Sur le plan somatique, les Drs S._____, C._____ et M._____ ont posé les diagnostics de carcinome canalaire invasif de la fonction du quadrant supérieur du sein gauche et de dysfonction ventriculaire gauche d'origine indéterminée, potentiellement secondaire au traitement de chimiothérapie. Ils ont relevé, aux termes de leur appréciation consensuelle, que les limitations fonctionnelles d'ordre cardiaque avaient provoqué un déconditionnement ainsi qu'une baisse

d'un degré sévère de la tolérance à l'effort. Du point de vue oncologique, ils ont indiqué que le cancer du sein était en rémission complète, mais que les limitations secondaires aux traitements reçus provoquaient des douleurs musculosquelettiques limitant la fréquence et l'amplitude des mouvements, au niveau de l'épaule et du bras gauche, ainsi que des membres inférieurs et dans une moindre mesure du bras droit. Les experts ont en outre mentionné un trouble de la concentration et de la fatigabilité. Forts de ces constats, ils ont retenu que les aptitudes de la recourante définissaient un cadre de travail impliquant une sédentarité et des travaux peu physiques, dans lequel une reprise progressive du taux d'activité pouvait être envisagée à 50 % depuis 2017. Les experts somaticiens ont considéré que la capacité de travail était de 50 % sur le plan oncologique (cf. expertise du 3 mai 2019, p. 24), la capacité de travail étant considérée comme entière sur les plans de la médecine interne et de la cardiologie.

Si la recourante ne remet pas en cause la rémission de son cancer du sein, elle conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle sur le plan somatique, sans toutefois apporter d'explication à ce sujet, l'intéressée se contentant d'arguer, à l'appui de déterminations sur la réponse, qu'elle présente une incapacité de travail à 100 % en raison notamment des limitations fonctionnelles très importantes liées à ses problèmes cardiaques. La question de la capacité résiduelle de travail de la recourante sur le plan somatique peut toutefois restée ouverte, dans la mesure où la cause doit, en tout état, être renvoyée à l'office intimé pour les raisons exposées plus avant.

bb) Sur le plan psychique, le Dr J. _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique (F32.01), avec tristesse et humeur dépressive d'un degré léger, présence de sentiments d'infériorité et de dévalorisation, présence de troubles du sommeil, sans idées noires et sans hospitalisations en milieu psychiatrique. Il a considéré que cette atteinte était sans incidence sur la capacité de travail de la recourante - ce que cette dernière conteste - considérant que l'intéressée était capable de travailler à 100 % depuis début 2017. Le Dr Ventura a

expliqué qu'il ne retenait pas le diagnostic d'état dépressif grave posé par le psychiatre traitant, car il n'avait pu objectiver aucun trouble cognitif, ni les angoisses massives, ni le trouble de l'humeur avec pleurs fréquents, soulignant toutefois qu'il était « possible » qu'en mai 2018, la recourante ait présenté des angoisses ponctuelles en attendant les résultats de la biopsie.

Force est de constater que les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr Ventura ne peuvent être suivies.

Il appert en effet que le rapport d'expertise psychiatrique n'a pas été établi en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse. En particulier, il ne figure pas dans l'anamnèse de description des précédents épisodes dépressifs de la recourante, lesquels avaient pourtant été documentés lors de l'expertise psychiatrique réalisées par la Dre I._____. L'anamnèse familiale est en outre lacunaire et comporte des erreurs factuelles, s'agissant notamment du décès de la mère de l'assurée ou de la place de cette dernière au sein de la fratrie, et l'anamnèse professionnelle apparaît également incomplète. On relèvera également que l'exposé des plaintes de la recourante est inexistant.

Sous l'angle diagnostic, le constat posé par l'expert psychiatre apparaît difficilement conciliable avec la gravité du tableau clinique observé par les autres experts dans le cadre de l'expertise principale. Le Dr J._____ ne discute pas l'évolution de la gravité du trouble dépressif, ni son influence sur la capacité de travail. On ne retrouve pas non plus les raisons pour lesquelles l'expert psychiatre s'écarte du diagnostic posé par la Dre I._____ et du psychiatre traitant, le Dr D._____. A ce propos, l'expert Ventura se contente de signaler des incohérences entre les rapports du psychiatre traitant et ses propres constatations, s'agissant notamment de la fatigue, sans toutefois expliciter quelles sont ces contradictions et les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions de son confrère. Il en va de même s'agissant des conclusions de la Dre I._____, laquelle évoquait, dans son expertise de 2017, un état

inquiétant justifiant largement une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis le 19 septembre 2016 et pour une durée indéterminée. Or le Dr J._____ pour sa part, retient une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique dès le début de l'année 2017 sans toutefois expliquer pourquoi il s'écarte des conclusions de la Dre I._____, ni même évoquer du reste les conclusions posées par sa collègue. Sous l'angle diagnostique toujours, l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr J._____ passe sous silence les baisses des fonctions cognitives mises en évidence par le Dr D._____ (cf. rapport du 7 mars 2018, 17 juillet 2018 et 17 octobre 2018) et également relevées dans le cadre du stage en atelier au printemps 2018.

Enfin, les éléments retenus par le Dr J._____ sont en contradiction avec les éléments relevés par les coexperts. On relèvera par exemple que le Dr J._____ indique ne pas avoir constaté de trouble de l'humeur avec pleurs fréquents (cf. p. 10, ch. 6 de l'expertise psychiatrique), alors que la Dre S._____ relève sous chiffre 4.1 que *« l'expertisée pleure à plusieurs reprises au cours de l'entretien, paraît stressée, parle avec une petite voix, quasi-chuchotée. Nous avons noté une augmentation de la fatigabilité au cours de l'entretien »*. Cette praticienne a également indiqué chez la recourante un état de tristesse permanent, des angoisses, de la fatigue, des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire (cf. expertise p. 17). La tristesse et l'anxiété de la recourante ont été mises en évidence par la Dre C._____, oncologue, en page 21 de l'expertise, ch. 3.1. L'argument de l'OAI, qui se base sur les conclusions du SMR du 26 octobre 2020 selon lequel l'humeur de l'expertisée peut varier au cours de la journée ce qui suffirait à expliquer les différences retenues, n'apparaît guère convaincant.

Sous l'angle des ressources, les constatations de l'expert psychiatre - pour le moins laconiques, le Dr J._____ se contentant de relever (p. 13) que la recourante dispose de mécanismes adaptatifs mis en exergue tout au long de son existence - sont également en contradiction avec celles de la Dre S._____, qui relève des ressources mobilisables

limitées, de par une dépendance à sa fille et de son mari pour les tâches quotidiennes, une altération des relations sociales, peu de contacts avec les autres, pas d'activité en groupe. Les conclusions du Dr J._____ s'agissant de l'absence de ralentissement psychomoteur et de baisse de l'élan vital de la recourante sont également contredites par celles des Drs C._____ (cf. expertise ch. 4.3) et M._____. Or nombre d'éléments plaidant dans le sens d'une diminution des fonctions cognitives avaient déjà été relevés de manière circonstanciée par le psychiatre traitant et ressortaient également du résultat du stage en atelier encadré par E._____ en 2018, qui, bien que n'ayant pas valeur de rapport médical, est propre à apporter un éclairage sur le fonctionnement de l'intéressée.

Il est à relever que l'expert psychiatre se contredit lui-même, notamment lorsqu'il relève que la recourante affirme ne plus souffrir de fatigue (cf. p. 8 de l'expertise psychiatrique), mais qu'elle précise être tout le temps fatiguée. A cet égard, il sied également de mentionner que le Dr J._____ met la fatigue de la recourante en raison du traitement médicamenteux suivi par l'intéressée, sans que cela ne soit investigué plus avant. En outre, l'expertise psychiatrique ne permet pas d'apporter un éclairage suffisant sur l'impact des suites du cancer du sein dont a souffert la recourante, comme cela est rapporté par le Dr A._____ dans son rapport du 22 septembre 2022.

Force est ainsi de constater que l'expertise réalisée par le Dr J._____ ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, en tant qu'elle ne contient notamment pas les éléments nécessaires pour permettre de procéder à l'examen global du caractère invalidant ou non des atteintes en tant compte des différents indicateurs préconisés par la jurisprudence.

c) Au vu des pièces actuelles au dossier, l'instruction s'avère lacunaire sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée, plus particulièrement son évolution depuis la dernière décision litigieuse, mais encore les éléments recueillis sont insuffisants pour se prononcer à l'aune

de la jurisprudence récente selon laquelle tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; cf. consid. 3e supra). Les faits pertinents n'ont ainsi pas été constatés de manière complète. Compte tenu de ces carences, il convient d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction médicale en mettant en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA, l'expert étant libre de l'assortir d'un examen neuropsychologique, dans la mesure où différents médecins mentionnent une baisse de la mémoire avec des oublis, des difficultés de concentration et d'attention. Le nouvel examen sera également l'occasion de déterminer avec précision les répercussions des suites du cancer du sein – en rémission sur le plan somatique – dont a été victime la recourante, notamment sous l'angle de la fatigabilité. L'OAI veillera ainsi à ce que l'expertise soit complète et, en cas de besoin, devra requérir les compléments nécessaires avant de rendre une nouvelle décision.

7. La recourante critique également l'enquête ménagère du 8 avril 2020, contestant que le taux d'empêchements dans les travaux habituels soit de 7.5 %.

a) S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable.

Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références).

Bien qu'une enquête ménagère constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels, il peut néanmoins exister des circonstances objectives jetant le doute sur la valeur probante d'un tel rapport.

b) En l'espèce, force est de constater que l'enquête réalisée par l'OAI n'est pas probante, pour les raisons exposées ci-après.

On constate en premier lieu une discordance certaine entre les limitations fonctionnelles retenues par l'enquêtrice, d'une part, et les experts somaticiens d'autre part. S'agissant de la quasi-totalité des travaux ménagers, l'enquêtrice retient qu'il y a très peu de d'empêchements et souligne que l'aide exigible de la fille et de l'époux, ainsi que l'obligation de réduire le dommage, doivent être prises en compte. En revanche, les experts somaticiens relèvent que l'expertisée est très limitée concernant l'entretien du ménage ou de la maison (cf. expertise du 3 mai 2019, p. 18), que l'entretien du linge est assuré par la fille de 17 ans (cf. expertise du 3 mai 2019, p. 18). L'expert oncologue mentionne pour sa part que pour l'alimentation, elle se repose sur sa famille et sur ses neveux pour les courses plus lourdes et estime que sa cuisine n'est pas correctement rangée, qu'elle ne parvient pas à entretenir son logement, que la lessive est effectuée par sa fille (cf. expertise du 3 mai 2019, p. 24). Les empêchements sont corroborés par l'expert cardiologue qui indiquent que l'assurée a besoin d'aide pour servir les repas et nettoyer la cuisine au quotidien (cf. expertise du 6 mai 2019 p. 29) et que les activités liées à l'entretien du logement, achats et soins aux enfants ne sont tout simplement pas exigibles (cf. expertise du 6 mai 2019, p. 29). Or comme cela figure dans les conclusions de l'enquête ménagère, les limitations fonctionnelles cardiologiques n'ont pas été prises en considération. S'agissant du soin aux enfants, l'enquêtrice estime qu'il n'y a aucun empêchement à ce titre, le fils étant parti de la maison fin 2016 et la fille suffisamment autonome pour ne plus dépendre de ses parents. Ce constat est contredit par les constatations de l'oncologue, qui souligne le risque de crise violente chez le fils schizophrène, bien que celui-ci ait un domicile séparé. Sur ce premier point déjà, la valeur probante de l'enquête ménagère est discutable.

En outre, comme cela est mentionné en page 10 du document, l'OAI a tenu compte de l'aide que le mari peut apporter au ménage. Or, celui-ci est au bénéfice d'une rente AI pour des problèmes de dos, de sorte qu'il souffre lui-même de nombreuses limitations. On peut donc douter des capacités du mari de la recourante à aider cette dernière dans

l'accomplissement des tâches ménagères. En outre, on rappellera que l'un des fils de la recourante travaille dans l'humanitaire en [...] et que l'autre est schizophrène et vit dans un autre appartement. Au vu de ces éléments, on peut se demander quel est l'apport réel en termes d'aide qu'il peut apporter à l'intéressée. Quant à la fille de la recourante, elle n'a que 17 ans et il ne paraît pas admissible qu'elle doive, à elle seule, assumer la quasi-totalité des tâches.

L'enquête ménagère réalisée en avril 2020 ne constitue ainsi pas une base fiable à laquelle l'OAI pouvait valablement se référer pour évaluer le degré d'invalidité de la recourante. Il conviendra par conséquent à l'intimé de confier à une nouvelle enquêtrice la tâche d'évaluer de manière complète l'ensemble des empêchements que la recourante rencontre encore dans ses activités habituelles compte tenu de la situation familiale. Dans ce cadre, il conviendra également de vérifier le statut mixte d'active à 70 % et de ménagère à 30 % apparaît toujours d'actualité, compte tenu des variations exprimées au cours du temps à cet égard par la recourante. Il lui incombera ensuite de statuer à nouveau sur le droit de la recourante.

8. a) En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction puis rende une nouvelle décision au sens des considérants.

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

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de ses conseils (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter à 4'500 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.

d) Le montant des dépens arrêté ci-dessus couvre intégralement l'indemnité partielle par 1'173 fr. 45 qui a déjà été allouée par décision du 21 janvier 2021, et l'indemnité complémentaire qui pourrait être allouée au titre de l'assistance judiciaire.

S'agissant de la fixation du montant de cette indemnité complémentaire, on précisera que Me Torrent est intervenue au stade des déterminations sur duplique. Cette dernière a produit sa liste des opérations faisant état de 22h de travail. Le nombre d'heures indiqué est trop important. En particulier, le nombre d'heures annoncées consacrées à la rédaction des déterminations sur duplique (16 heures) dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige, au temps déjà comptabilisé pour l'étude du dossier OAI et CASSO (2 heures), ainsi qu'au vu des actes procéduraux déjà déposés par Me Fontana. Finalement, la nature de la cause ne nécessitait pas de développements juridiques complexes. Dès lors, compte tenu des heures de prestations d'avocat admises (16 heures) et du forfait applicable aux débours (art. 3^{bis} al. 1 RAJ), le montant total de l'indemnité de Me Torrent s'élève à 3'256 fr. 85, y compris la TVA. Vu le montant des dépens alloués, l'indemnité complémentaire est couverte par ceux-ci.

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

I. Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 18 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ une indemnité de 4'500 fr. (quatre mille cinq cents francs), débours et TVA compris, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Amandine Torrent (pour H. _____),
- 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 :