

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

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

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. T._____, née en [...] (ci-après : l'assurée ou la recourante), sans formation professionnelle, mariée et mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], était employée à mi-temps depuis le 1^{er} janvier 2008 en qualité de nettoyeuse pour la J._____. Le 21 septembre 2008, elle a chuté sur l'épaule gauche. Elle a consulté un médecin le 6 octobre 2008, suivi un traitement antalgique et physiothérapeutique, et poursuivi son activité professionnelle.

Dès le 23 septembre 2011, elle a été en arrêt de travail continu, sous réserve d'une tentative de reprise du travail en juin 2012, et a été licenciée avec effet au 7 octobre 2013. Elle s'est inscrite au chômage à 50 % le 28 octobre 2013.

Le 22 février 2013, 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'intimé).

Le formulaire de détermination du statut, signé par l'intéressée le 20 mars 2013, indique que son taux d'activité, en l'absence d'atteinte à la santé, aurait été de 100 % depuis 2009, ceci par nécessité financière.

Dans le cadre de son instruction, l'OAI a notamment requis production du dossier de l'assurée auprès de M._____, assureur-accidents de l'employeur, dans lequel figuraient un rapport du 27 juin 2012 du Dr H._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, lequel mentionnait les diagnostics de tendinopathie et de dépression grave justifiant chacun une incapacité de travail de 50 %, un rapport du 23 juillet 2012 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, mentionnant un bilan clinique et neuromyographique rigoureusement physiologique au niveau du membre supérieur gauche hormis une discrète limitation mécanique résiduelle avec une composante antalgique non négligeable, un rapport intermédiaire du 31 août 2012 du Dr L._____,

consécutif à une opération de l'épaule gauche du 7 février 2012, et un rapport d'expertise du 12 décembre 2012, relatif à un examen du 6 septembre 2012, établi par le Dr K._____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique. Le Dr L._____ relevait que sa patiente se plaignait toujours de douleurs dans les suites de l'opération de son épaule gauche et qu'un traitement de physiothérapie était encore en cours. Quant à l'expert K._____, il posait les diagnostics de contusion de l'épaule gauche, de syndrome douloureux de l'épaule gauche le 21 septembre 2008, de SLAP IV de l'épaule gauche, de syndrome douloureux de l'épaule gauche d'étiologie multifactorielle. En relation avec ce dernier diagnostic, il relevait l'existence manifeste de plaintes sans rapport avec l'imagerie, laquelle montrait une discrète hétérogénéité du labrum gauche. En raison de l'importance des plaintes douloureuses et d'un état dépressif, il suggérait une prise en charge psychiatrique. Il considérait la capacité de travail nulle à la date de l'expertise, sans autre précision.

Dans un rapport du 17 avril 2013 à l'OAI, consécutif à un examen clinique du même jour, le Dr L._____ a considéré que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible depuis le 2 novembre 2011 et préconisé un travail dans une activité adaptée sans port de charges, non répétitif et à hauteur d'établi. Il a également produit diverses pièces médicales, dont :

- un rapport IRM du 25 juillet 2012, signé de la Dre N._____, radiologue, mentionnant une déchirure de la face profonde du tendon supra-épineux et une probable redéchirure du labrum antéro-supérieur ;
- son courrier du 10 septembre 2012 à son confrère, le Dr H._____, dans lequel il observait que la clinique postopératoire était tout à fait rassurante, que sa patiente pourrait reprendre une activité professionnelle, en l'occurrence adaptée ;
- un rapport du 11 février 2013 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, relevant que l'assurée présentait des douleurs importantes et diffuses à caractère inflammatoire de l'épaule

gauche, que la pathologie du long chef du biceps n'expliquait pas la totalité du tableau clinique et proposant, en l'absence d'indication à une reprise chirurgicale, une infiltration acromio-claviculaire à base de cortisone, laquelle a été effectuée le 8 mars 2013.

Une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre par l'OAI et attribuée au F._____ de [...] (F._____). Dans leur rapport du 1^{er} octobre 2014, les experts Z._____, spécialiste en médecine interne, R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et E._____, spécialiste en psychiatrie, ont posé les diagnostics incapacitants de schizophrénie paranoïde, existant depuis 2013, ainsi que d'échec du traitement chirurgical d'une lésion SLAP IV et d'une lésion du tendon sous-scapulaire de l'épaule gauche. Le diagnostic de cervicalgies sur possible modification dégénérative C5-C6 gauche était également retenu mais considéré sans influence sur la capacité de travail. Dans leur synthèse et discussion du cas, ils observaient ce qui suit :

"Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme.

Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan orthopédique, nous nous trouvons actuellement face à une situation d'échec du traitement chirurgical d'une lésion SLAP IV et d'une déchirure du tendon sous-scapulaire à gauche. Pour faire une évaluation complète, des examens paracliniques de l'épaule gauche (radiographies et arthro-IRM) seraient nécessaires ; leur réalisation est actuellement impossible en raison de la grossesse. La situation actuelle est quoi qu'il en soit incompatible avec la reprise du travail comme nettoyeuse.

Nous avons donc une réduction fonctionnelle majeure de l'épaule gauche dont l'interprétation est difficile, tant en raison du contexte psychiatrique que de l'impossibilité de procéder aux examens d'imagerie. Dans ces conditions, il n'est pas possible de procéder à l'évaluation d'une activité adaptée.

Sur le plan psychique, l'expertisée dit qu'elle a peur : *Depuis le mois de novembre 2013, je ne sais plus qui je suis.* Elle se sent faible, perdue, incapable de fonctionner sans son mari et sa fille aînée. Elle se dit sans désir, sans énergie, incapable de se mobiliser seule.

L'analyse du fonctionnement de la personnalité n'objective pas d'organisation pathologique. L'analyse des activités quotidiennes est déficitaire ; elle est congruente aux plaintes actuelles et aux symptômes retrouvés à l'examen clinique. Elle montre que l'expertisée est peu autonome et peu adaptée, qu'elle n'est plus capable de gérer ses affaires personnelles.

L'examen psychiatrique objective une expertisée très anxieuse et angoissée lorsqu'elle relate ses symptômes psychotiques. Le contact est distant, elle est méfiante. Il y a une agitation psychomotrice d'intensité moyenne. Madame T. _____ a de la peine à s'expliquer, à décrire, elle est méfiante, elle se fatigue. A deux reprises, nous constatons un déficit attentionnel, l'expertisée étant absente, perdue dans ses pensées, incapable de communiquer durant environ 30 secondes. Le raisonnement et le jugement sont influencés par la symptomatologie psychotique. Le déroulement de la pensée est modifié par les symptômes psychotiques. L'expertisée ne délire pas durant l'entretien ; elle n'est que partiellement critique sur ses manifestations psychotiques. On ne constate pas de signe indirect d'hallucinations. L'affect et la manifestation des émotions sont émoussés. L'humeur est triste l'intensité est faible.

En conclusion, le tableau clinique que présente Madame T. _____ est compatible avec le diagnostic de schizophrénie paranoïde (F20.0), car les symptômes schizophréniques persistent depuis plus d'un mois. L'expertisée doit continuer à bénéficier d'un traitement ambulatoire psychiatrique intense.

Par ailleurs, Madame T. _____ est enceinte (17 semaines d'aménorrhée au moment de l'examen d'expertise). Il s'agit d'une grossesse non désirée, dans le contexte d'une contraception mal maîtrisée.

La pathologie psychotique est toujours active, l'incapacité de travail reste totale depuis le 15.11.2013, date de la décompensation. Dans un délai de quelques mois, si les thérapeutiques sont opérantes, la capacité de travail résiduelle devra être réévaluée. Nous suggérons qu'un rapport soit demandé au psychiatre traitant dans 6 mois et si la pathologie s'est amendée, de redemander une expertise psychiatrique."

Les experts retenaient au titre de limitations fonctionnelles, sur le plan physique, l'utilisation du membre supérieur gauche en force ou en mobilité maximale ou répétitive, et sur le plan psychique, un trouble psychotique empêchant toute activité et rendant difficiles les relations sociales. Il existait une incapacité de travail de 20 % au moins depuis 2008 dans l'activité habituelle en raison de l'atteinte à l'épaule et entière depuis novembre 2013, en toute activité, ceci en raison du trouble psychotique.

Dans un avis SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 15 octobre 2014, le Dr B. _____ s'est fondé sur cette

expertise pluridisciplinaire pour observer que l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible, ceci depuis 2008, et qu'il existait une incapacité de travail totale en toute activité médicalement justifiée depuis novembre 2013, date de la décompensation psychotique.

Le 18 novembre 2014, les psychiatres D. _____ et G. _____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant auprès de la Consultation de [...] (Département de psychiatrie du CHUV), lesquels suivaient l'assurée depuis le 13 janvier 2014, ont adressé un rapport à l'OAI. Ils renaient les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques et facteurs de stress aigu associés depuis novembre 2013, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis janvier 2013 avec pour diagnostic différentiel celui d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques depuis novembre 2013. Les médecins traitants précisaient encore que l'épisode psychotique aigu survenu en novembre 2013 s'était rapidement amendé et que par la suite, l'assurée avait développé progressivement une symptomatologie dépressive correspondant à un épisode dépressif sévère. Le pronostic était indéterminé et tributaire de l'évolution psychique de la patiente. Ils attestaient par ailleurs d'une incapacité de travail totale depuis novembre 2013.

Il ressort du rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2015 diligentée par l'OAI que le statut de l'assurée était de personne active à 80 % et ménagère à 20 %, le degré d'empêchements ménagers s'élevant à 64.30 %, après prise en compte de l'aide de ses proches, notamment de son mari et de sa fille aînée.

Dans un rapport du 21 août 2015, les psychiatres S. _____ et I. _____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la Consultation de [...], ont relevé une légère amélioration de l'état clinique de leur patiente, assortie d'une nette diminution des symptômes psychotiques. L'incapacité de travail demeurait entière. S'agissant des limitations fonctionnelles, les médecins traitants mentionnaient, en relation avec la sphère psychotique, l'existence d'une méfiance par

moments, avec crainte d'agression dans la rue ou de manipulation par un interlocuteur administratif. La symptomatologie anxieuse était prédominante, leur patiente ne pouvant sortir seule dans la rue par crainte d'un nouvel épisode psychotique. Elle présentait également des ruminations anxieuses en lien avec son fils, né le 7 décembre 2014. Elle se révélait extrêmement vigilante vis-à-vis de la santé de son nourrisson, surveillant son poids, son hygiène et ses déplacements. Au niveau de l'humeur, les médecins notaient une diminution de la tristesse et la persistance d'un apragmatisme majeur associé à une apathie, une anhédonie et une tendance à la clinophilie. L'incapacité de travail était toujours entière.

Dans un avis SMR du 12 octobre 2015, le Dr C._____ retenait au titre d'atteinte principale à la santé une schizophrénie paranoïde. La capacité de travail dans l'activité habituelle de nettoyeuse était nulle depuis le 21 septembre 2008 (*sic*). Elle était nulle dans une activité adaptée depuis le 15 novembre 2013 en raison de l'atteinte psychiatrique. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'impossibilité d'utiliser le membre supérieur gauche, en des difficultés relationnelles, un apragmatisme, une absence d'autonomie, une méfiance, une apathie, une anhédonie et une tendance à la clinophilie.

Requis de préciser son rapport, le Dr C._____ a expliqué dans un courriel du 26 novembre 2015 que l'incapacité de travail avait été validée sur le plan orthopédique dès le 29 septembre 2011 et que depuis l'opération du 7 février 2012 et probablement auparavant, l'incapacité de travail devait être considérée comme entière dans toute activité sur le plan somatique, certainement jusqu'au 8 novembre 2013, date à laquelle était apparue une déstabilisation psychologique de l'assurée, suivie quelques jours plus tard, de l'incapacité de travail pour raison psychiatrique.

Dans un projet d'acceptation de rente du 8 janvier 2016, l'OAI a constaté une capacité de travail nulle en toute activité à l'échéance du délai de carence le 23 septembre 2012 et le droit à une rente entière dès

le 1^{er} août 2013, fondée sur un degré d'invalidité de 92.86 %. Par décision du 24 février 2016, l'OAI a octroyé une rente entière dès le 1^{er} mars 2016 et annoncé une décision ultérieure pour la période du 1^{er} août 2013 au 29 février 2016.

Le 18 mars 2016, M. _____ a transmis à l'OAI copie d'un rapport d'expertise psychiatrique du 21 décembre 2015 de la Dre W. _____. Cette experte a conclu à l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant et retenu ceux, non incapacitants, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques et de personnalité émotionnellement labile, associée à des composantes histrionique et passive-agressive. Outre qu'il n'existait aucun lien de causalité entre l'accident du 21 septembre 2008 et les troubles psychiques allégués, la Dre W. _____ a considéré que ces troubles se limitaient à des plaintes ne s'appuyant sur aucun substrat d'ordre médical de telle sorte que l'assurée n'était pas atteinte d'une maladie psychiatrique pouvant interférer sur son exigibilité professionnelle.

Par communication du 29 mars 2016, l'OAI a annulé sa décision du 24 février 2016.

Le 14 avril 2016, M. _____ a produit dans le dossier de l'OAI copie du rapport d'expertise du 14 mai 2015 du Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Cet expert a posé les diagnostics suivants :

- status 6 ans et demi après contusion du coude gauche, probable contusion (sous-acromiale) de l'épaule gauche, possible lésion labrale antéro-supérieure et possible lésion du tendon du muscle sous-scapulaire,
- status 3 ans après arthroscopie de l'épaule gauche, résection d'une lésion en anse de seau du labrum antéro-supérieur, re fixation du labrum antéro-supérieur restant, rétention de l'appareil ligamentaire (gléno-huméral supérieur et moyen) et traitement d'une lésion du tendon sous-scapulaire,
- tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) aux deux épaules,

- dégénérescence labrale antéro-supérieure de l'épaule droite,
- arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale, débutante.

Selon cet expert, la capacité de travail de l'assurée était de 100 % en toute activité pour les seules suites de l'accident du 21 septembre 2008 et de 100 % dès fin 2012 pour les seules suites de l'intervention chirurgicale du 7 février 2012.

En date du 3 mai 2016, M. _____ a communiqué un rapport d'expertise complémentaire de la Dre W. _____ du 23 avril 2016, laquelle avait reçu mandat de se prononcer sur le volet psychiatrique de l'expertise du F. _____ du 1^{er} octobre 2014 ainsi que sur le rapport des psychiatres D. _____ et G. _____ du 18 novembre 2014. Selon la Dre W. _____, ces rapports pouvaient faire reconnaître l'apparition de signes de psychose limitée dans le temps, correspondant à l'expression de caractéristiques histrioniques de la personnalité qui avait pu décompenser, mais ces signes de psychose ne permettaient pas la reconnaissance de l'existence d'une maladie psychiatrique durablement invalidante.

Dans un avis SMR du 31 mai 2016, le Dr C. _____ s'est prononcé sur les rapports d'expertise produits par l'assureur-accidents pour finalement retenir les diagnostics de personnalité émotionnellement labile avec composantes histrionique et passive-agressive, majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, syndrome douloureux du membre supérieur gauche avec tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules et status 6 ans après contusion du coude gauche et 3 ans après arthroscopie thérapeutique de l'épaule gauche, dégénérescence labrale antéro-supérieure de l'épaule droite, arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale débutante. La capacité de travail de l'assurée était totale en toute activité depuis fin 2012, avec pour seules limitations fonctionnelles l'abstention d'une activité avec des machines vibrantes ou consistant en un travail effectué uniquement de manière permanente avec les bras au-dessus des épaules.

Dans un nouveau projet de décision du 7 octobre 2016, l'OAI, se fondant sur l'avis SMR précité, a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail et de gain de 100 % dans toute activité depuis le 7 novembre 2012, retenu un taux d'invalidité de 12.96 % et refusé le droit à une rente.

L'assurée a présenté des objections à ce projet le 10 novembre 2016, complétées le 23 janvier 2017 par la production d'un rapport du 17 janvier 2017 signé des Drs X._____, chef de clinique, et V._____, médecin psychiatre assistante à la Consultation de [...], exposant les différentes étapes du traitement mis en place au vu des symptômes psychotiques de l'assurée, son état de santé psychique actuel et prenant position sur le rapport d'expertise de la Dre W._____.

Le 3 février 2017, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité. L'intimé conférait pleine valeur probante à l'expertise et au complément d'expertise psychiatrique de la Dre W._____ ainsi qu'à l'expertise du Dr P._____, plus actuels que l'expertise du F._____.

B. Par acte du 13 mars 2017, T._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre cette décision et conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise orthopédique et psychiatrique. Elle a fait valoir que les appréciations des experts du F._____ ainsi que de ses médecins psychiatres traitants l'emportaient sur celles des experts de l'assureur-accidents, qu'elle présentait à tout le moins une incapacité de travail totale depuis le 21 septembre 2008 sur le plan orthopédique et une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique depuis le 15 novembre 2013.

Dans sa réponse du 13 avril 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant que l'exigibilité était entière dans une activité adaptée, dont celle de nettoyeuse, de telle sorte que plus aucun empêchement significatif ne pouvait être retenu dans le cadre des activités ménagères,

avec pour corollaire que le degré d'invalidité était inférieur à celui retenu dans sa décision.

Les parties ont maintenu leurs conclusions dans les écritures subséquentes.

En date du 15 mars 2018, la juge instructrice a ordonné une expertise psychiatrique. Le mandat a été confié au Dr O._____, lequel a rendu son rapport le 25 septembre 2018. L'expert a posé les diagnostics de schizophrénie (F20.9), trouble dépressif caractérisé, léger (F32.0), trouble à symptomatologie somatique avec douleurs dominantes, chroniques (F45.1), et trouble panique (F41.0). Il mentionne également le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9). Il considère qu'il n'existe plus aucune capacité de travail à partir de la décompensation psychotique aiguë du 25 novembre 2013. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail antérieure de l'assurée, il observe ce qui suit :

“Il est toutefois probable qu'une incapacité de travail ait déjà existé après l'opération de l'épaule en février 2012 lorsque l'assurée s'est rendu compte de la persistance de ces douleurs, ce qui a probablement abouti à une aggravation de son état thymique fragile. En effet, une tentative de reprise du travail à 50 % en juin 2012 échoue en raison des scapulalgies. Tenant compte de la forte volonté de l'assurée de garder sa place de travail, il est plus que probable que l'incapacité d'assumer son ancien emploi en juin 2012 a eu des répercussions significatives sur la thymie et qu'une baisse persistante de la capacité de travail d'au moins 20 %, mais en toute probabilité nettement supérieure, peut déjà être attribuée à cette époque.”

A l'appui de ses déterminations du 22 octobre 2018 mettant en doute l'objectivité de l'expert, l'OAI a produit un avis SMR du 16 octobre 2018, signé de la Dre U._____, médecin praticien, laquelle relevait que médicalement, les conclusions de l'expertise quant à l'incapacité de travail lui semblaient cohérentes avec l'ensemble du dossier et que l'assurée ne présentait pas les ressources nécessaires pour surmonter ses difficultés. Elle s'étonnait cependant, eu égard à une situation clinique paraissant grave, à la limite de l'hospitalisation, de la capacité de l'assurée de pouvoir s'occuper encore d'un enfant en bas âge,

et de la disparité de cette situation avec l'évaluation de la dépression selon l'échelle de Hamilton, concluant en l'espèce à un état dépressif d'intensité légère, et peinait à comprendre la métamorphose de la personnalité de l'assurée. Elle relevait enfin la partialité de l'expert à l'égard de la Dre W._____.

Dans une écriture du 29 octobre 2018, la recourante a observé être soutenue depuis 2008 par son mari, lequel se consacrait pleinement à sa famille et en particulier à leur enfant en bas âge. Se référant à l'expertise ainsi qu'aux rapports des Drs L._____ et C._____, elle estimait qu'une incapacité totale de travailler devait lui être reconnue depuis le mois de février 2012 avec pour corollaire l'ouverture du droit à une rente entière au plus tard le 1^{er} août 2013.

Par avis de la juge instructrice du 24 février 2020, la recourante a été invitée, par l'intermédiaire de son conseil, à confirmer l'existence d'un suivi psychiatrique auprès du Dr J.J.._____ dès 2012, dans l'affirmative à délier ce praticien du secret médical.

Le 4 mars 2020, le conseil de la recourante a indiqué qu'il n'y avait pas eu « véritablement de suivi psychiatrique par le Dr J.J.._____ » et requis un complément d'instruction auprès de la Consultation de [...], auquel la juge instructrice a refusé de donner suite par courrier du 9 mars 2020.

Par courrier du 24 mars 2020 donnant suite à une interpellation de la juge instructrice du 16 mars 2020, le conseil de la recourante a retiré sa requête de débats publics et déposé des observations valant plaidoiries écrites, concluant à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} août 2013.

L'intimé n'a pas procédé plus avant.

Il sera pour le surplus fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

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 – compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 2 LPGA) – 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. Est en l'espèce litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

b) 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 182 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si les traitements sont mis à profit ou, au

contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

5. a) En l'occurrence, la recourante présente diverses atteintes somatiques et psychiques entraînant selon elle une incapacité de travail totale depuis février 2012, respectivement depuis le 15 novembre 2013. L'intimé, se fondant sur les expertises des Drs P._____ et W._____, a retenu une pleine capacité de travail en toute activité depuis le 7 novembre 2012.

b) Sur le plan somatique, la recourante souffre principalement d'une atteinte à l'épaule gauche, à l'origine d'une opération le 7 février 2012, d'une dégénérescence labrale antéro-supérieure de l'épaule droite ainsi que d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (sus-épineux) des deux épaules et d'une arthropathie dégénérative acromio-claviculaire bilatérale débutante (rapport d'expertise du Dr P._____) de même que de cervicalgies C5-C6 gauche (rapport d'expertise F._____). De l'avis des experts du F._____, cette dernière atteinte n'est pas incapacitante et aucun rapport médical ne s'inscrit en faux contre cette appréciation.

Les atteintes à l'épaule droite ont été révélées par l'imagerie de comparaison effectuée les 20 mars et 7 avril 2015 à la demande de l'expert P._____. Il n'existe avant cette date aucun rapport médical attestant d'une quelconque limitation fonctionnelle de l'épaule droite. Au contraire, les diagnostics somatiques posés par l'expert K._____ se

réfèrent tous à l'épaule gauche et lors de l'examen clinique orthopédique pratiqué par l'expert R. _____ le 3 juillet 2014, la mobilité articulaire de l'épaule droite est complète, non douloureuse et la force excellente (expertise F. _____ p. 11). Les atteintes à l'épaule droite ne sauraient dès lors être considérées comme incapacitantes, étant précisé que certaines des limitations fonctionnelles inhérentes à l'épaule gauche concerneront *ipso facto* l'épaule droite.

c) Cela étant, il convient d'apprécier l'évolution temporelle de l'incapacité de travail liée à l'atteinte à l'épaule gauche.

Il ne saurait être contesté que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans les suites immédiates de son opération du 7 février 2012. A la date de l'examen clinique par l'expert K. _____, soit le 6 septembre 2012, ce praticien a estimé que l'incapacité de travail était totale, évoquant toutefois, en relation avec des plaintes sans rapport avec l'imagerie radiologique, l'existence d'un syndrome somatoforme douloureux qu'il convenait d'investiguer. Son rapport ne permet cependant pas de distinguer l'influence respective des atteintes physique et psychique sur la capacité de travail, outre qu'un tel exercice relève usuellement de l'appréciation consensuelle propre à l'expertise bidisciplinaire. Il ressort du volet orthopédique de l'expertise du F. _____ qu'il n'a pu être procédé à une évaluation exhaustive de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Plus exactement, la réduction fonctionnelle majeure de l'épaule gauche s'est avérée d'une interprétation difficile, tant en raison du contexte psychiatrique que de l'impossibilité de procéder aux examens d'imagerie, rendus impossible par la grossesse. En revanche, les experts admettent l'existence d'une incapacité de travail de 20 % au moins depuis 2008 dans l'activité habituelle. Cet avis est en partie contredit par l'expertise du Dr P. _____, lequel a retenu une capacité entière, quelle que soit l'activité, pour les seules suites de l'événement du 21 septembre 2008, de même que pour les seules suites de l'intervention chirurgicale du 7 février 2012, ceci à l'échéance d'un délai maximal de six à neuf mois, selon lui largement suffisant pour récupérer des gestes opératoires réalisés, sans complication

inhérente et indépendamment de toute autre influence clinique, en particulier par des facteurs extra-anatomiques. L'expert P._____ restreint cependant son évaluation de la capacité de travail aux seules suites de l'acte opératoire. Il ne discute notamment pas, sous l'angle de la capacité de travail, du résultat de l'IRM du 25 juillet 2012 révélant une déchirure de la face profonde du tendon du supra-épineux et une probable redéchirure du labrum antéro-supérieur, ni de l'infiltration acromio-claviculaire de cortisone du 8 mars 2013. Cette omission est néanmoins réparée au stade de l'examen clinique du 17 avril 2013 réalisé par le Dr L._____. Dans son rapport du même jour à l'OAI, le médecin traitant note une rotation externe avec le coude au corps symétrique, une flexion et abduction de 165°, une force qualifiée de bonne lors du test en parallèle des deux membres supérieurs et il précise qu'il manque un travers de main en rotation interne (rapport du 17 avril 2013 du Dr L._____ ch. 1.4). Le rapport du Dr L._____ à l'OAI renvoie pour le surplus à différentes annexes, dont son rapport du 10 septembre 2012 au Dr H._____, observant que malgré la déchirure partielle de la face profonde du sus-épineux et la déchirure du labrum antéro-supérieur, la clinique est tout à fait rassurante, qu'il n'y a pas d'indication à une nouvelle intervention chirurgicale et que sa patiente pourrait reprendre le travail dans un travail adapté, sans port de charges, sans travaux en hauteur, ni travail répétitif, information qu'il a communiquée à l'assureur-accidents. Cela étant, il apparaît que de l'avis de son médecin orthopédiste, la recourante avait, sur le plan somatique, récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 10 septembre 2012, ce que confirme l'expertise du Dr P._____, qui évalue la récupération post-opératoire entre six et neuf mois. En l'absence de rapports médicaux faisant état d'un examen clinique de l'épaule gauche entre le 17 avril 2013 et le 1^{er} octobre 2014, date de l'expertise du F._____, il y a lieu d'admettre que dans cet intervalle, cette capacité de travail est demeurée entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cela étant, sur le plan somatique, il sera retenu une incapacité de travail totale à tout le moins depuis l'opération du 7 février 2012, préexistant vraisemblablement de quelques semaines à cette intervention, et jusqu'au 1^{er} octobre 2014, date de l'expertise du

F._____. L'appréciation au-delà de cette date de l'influence des atteintes somatiques sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée peut demeurer incertaine, au vu des considérants qui suivent.

d) S'agissant des effets des atteintes à la santé psychique de la recourante sur sa capacité de travail, l'appréciation de la Dre W._____, privilégiée par l'OAI, s'oppose à celles de l'expert E._____, du F._____, et l'expert O._____. Alors que la première retient, au titre de diagnostics, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, associée à des composantes histrioniques et passive-agressive, et considère que ces troubles ne sont pas incapacitants, les seconds attestent d'une incapacité de travail entière à tout le moins depuis le 25 novembre 2013 et leurs avis concordent s'agissant de l'existence d'une schizophrénie, le Dr O._____ retenant en outre les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, léger, de trouble à symptomatologie somatique avec douleurs dominantes, chroniques, de trouble panique et de trouble de la personnalité non spécifié.

D'emblée, il sera relevé que les expertises psychiatriques du F._____ et la Dre W._____ n'ont pas été établies selon les nouveaux standards jurisprudentiels (ATF 141 V 281) et que leur contenu ne présente pas l'exhaustivité indispensable à une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Notamment, les éléments font défaut pour apprécier le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé psychique et l'examen de la cohérence est tout aussi impossible.

e) Il convient donc d'apprécier la valeur probante de l'expertise du Dr O._____ en traitant en premier lieu du grief soulevé par l'intimé quant au manque d'objectivité de l'expert. Ce grief est fondé exclusivement sur la critique par l'expert judiciaire de l'expertise de la Dre W._____. Il doit être examiné sous l'angle des principes prévalant en matière de récusation.

La récusation d'un expert judiciaire – qui ne fait pas partie du tribunal – s'examine au regard de l'art. 29 al. 1 Cst. garantissant l'équité du procès (ATF 125 II 541 consid. 4a p. 544). Cette disposition assure au justiciable une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. s'agissant des exigences d'impartialité et d'indépendance requises d'un expert (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198). Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (TF_1058/2010 du 1^{er} juin 2011, consid. 4.2 et les arrêts cités).

En l'occurrence, il s'agit d'apprécier si la prise de position de l'expert à l'égard de sa consœur, la Dre W._____, autorise à retenir qu'il ne semble pas exempt de préjugé, et ce au point d'invalider l'expertise dans son entier.

Préliminairement, il doit être observé que le questionnaire adressé par la cour de céans à l'expert judiciaire requérait expressément sous chiffre 5.4 la discussion des éventuels autres diagnostics résultant des pièces du dossier. Il incombait dès lors à l'expert judiciaire de procéder à une analyse de l'expertise de sa consœur, la Dre W._____.

En l'espèce, les remarques de l'expert judiciaire sur l'expertise de la Dre W._____ sont toutes objectivées, que ce soit s'agissant de l'insuffisance de l'anamnèse médicale et personnelle, de la discussion des diagnostics, des observations relatives au status de la recourante, notamment l'absence de culpabilité et de psychose alléguée par la Dre W._____, ou encore de l'analyse des éléments d'incohérence. Enfin, la

seule part de subjectivité de l'expert judiciaire réside dans l'énoncé final et additionnel que l'expertise de la Dre W._____ lui a laissé « la désagréable impression d'avoir un caractère partial ». Une telle remarque est vaine lorsqu'elle clôt, comme en l'occurrence, l'énoncé d'éléments factuels objectifs démontrant les lacunes de l'expertise critiquée. Elle constitue un jugement de valeur porté sur une consœur expert psychiatre, laquelle n'était en l'occurrence pas mandatée par l'intimé. Cette critique, faute d'être dirigée contre une partie, n'est donc pas constitutive d'une prévention entraînant un motif de récusation.

f) Reste à examiner si le rapport du Dr O._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels.

En l'espèce, les diagnostics ont été posés et amplement discutés sur la base des critères d'une classification internationale reconnue, en l'occurrence la CIM (Classification internationale des maladies). L'expert a également expliqué les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par la Dre W._____ étaient lacunaires, tant s'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée antérieur à l'examen clinique que l'analyse du status lors de cet examen (p. 72-73 de l'expertise). S'agissant de la disparité relevée par l'intimé entre l'état dépressif qualifié d'intensité légère et la gravité de description clinique de l'assurée, il ressort des observations de l'expert, s'agissant des interactions des diagnostics, que l'atteinte psychotique ne fait aucun doute, se complique et interagit avec l'atteinte thymique et anxieuse majeure sous forme d'un trouble dépressif caractérisé et d'un trouble panique en rémission partielle. L'atteinte psychotique apparaît ainsi comme étant le trouble le plus important, ce que confirment la citation de la schizophrénie au titre de premier diagnostic de même que les limitations psychiques et mentales générées par les troubles psychiques. L'expert évoque en effet une méfiance psychotique entravant les relations avec autrui, un contact avec la réalité fortement perturbé et une attitude régressée rendant l'autonomie infime, doublée d'une capacité adaptative presque inexistante. Ce sont donc les symptômes relevant de la schizophrénie qui influent le plus sur le status de la recourante et sa

gravité, notamment les traits dépendants, ce qui n'entre pas en contradiction avec l'intensité légère de l'état dépressif. Enfin, l'expert a écarté l'hypothèse que l'administration de Tramal soit à l'origine des manifestations psychotiques, aux motifs que la dose prescrite était contenue, voire faible et que les éléments vécus expliquaient plus exhaustivement la décompensation psychotique.

Pour ce qui est du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, l'expert considère que tous les diagnostics ont une répercussion massive. Il mentionne une méfiance psychotique entravant les relations avec autrui, un contact avec la réalité fortement perturbé, une attitude régressée rendant l'autonomie infime et une capacité adaptative presque inexistante. Par ailleurs, l'anxiété morbide de base abaisse le seuil de tolérance au stress à un niveau extrêmement bas et les troubles cognitifs ont une répercussion négative sur toute organisation au point de rendre impossible toute formation dans un emploi autre que manuel. Si l'expert a certes recommandé une adaptation de la prise en charge psychothérapeutique, cette recommandation s'apparente à un consilium à l'attention des psychiatres traitants et ne s'avère pas consécutive à une quelconque réticence de l'assurée. Il ne retient pas un échec du traitement mais la persistance d'une pathologie sévère qui a connu une rémission partielle. Les mesures de réadaptation ont été mises en place à l'époque du licenciement, alors que la recourante ne se sentait pas capable d'assumer de telles mesures, sa détresse lui paraissant incomprise, ce qui l'a précipitée dans un profond désarroi psychique. En de telles circonstances, une résistance à la réadaptation ne saurait être retenue. Selon l'expert, il existe un impact massif du trouble de la personnalité. En l'occurrence, la personnalité a été transformée dans le contexte maladif constitué par l'atteinte psychotique, laquelle s'est compliquée et a interagi avec l'atteinte thymique et anxieuse majeure sous forme d'un trouble dépressif caractérisé et d'un trouble panique en rémission partielle. Actuellement, ce sont les traits dépendants qui sont en avant-scène dans le cadre de la transformation de la personnalité et qui constituent un handicap majeur dans le domaine professionnel ainsi que

dans la sphère ménagère, en ce sens que la recourante est privée de ressources et ne dispose plus d'une capacité adaptative.

L'expert a par ailleurs relevé que le tableau clinique était parfaitement cohérent, sans atypie, que l'évolution correspondait à ce qui est attendu dans les suites d'une décompensation psychotique et thymique majeure, qu'il n'existait pas de discordance, que la compliance médicamenteuse était bonne et la recourante demandeuse d'une prise en charge thérapeutique. Enfin, celle-ci lui paraissait parfaitement authentique, sans aucun signe d'exagération. La comparaison du comportement et des activités antérieurs de la recourante, significatifs d'une personnalité active, dynamique, indépendante, épanouie et pratiquant divers loisirs (p. 48) avec la situation actuelle (recourante très dépendante de son entourage, sans initiative individuelle, déléguant toute responsabilité à autrui) confirme cette cohérence.

S'agissant des observations ressortant de l'avis SMR du 16 octobre 2018, il sera relevé, en relation avec la contradiction entre la charge d'un enfant et la gravité de la situation clinique, que la recourante assume très peu de responsabilités concernant les tâches éducatives et ménagères. Elle ne fait que préparer le biberon de son fils cadet, le change occasionnellement et ne le prend dans ses bras qu'en étant assise. Elle ne l'accompagne pas à la place de jeux. L'enquête ménagère étaye le propos de l'expert, précisant notamment que l'aide du mari et de la fille aînée de la recourante lui sont indispensables pour les soins au bébé. L'incohérence alléguée sur cet aspect par l'intimé s'en trouve levée.

Quant à la survenance de la transformation de la personnalité, l'expert rappelle en page 63 de son rapport les éléments chronologiques de la décompensation psychique, puis dans le cadre de l'analyse de l'interaction des diagnostics, explique le contexte de cette transformation. Quant à son ampleur, elle résulte d'une comparaison strictement factuelle des comportements passés et actuel de la recourante, dont aucun élément au dossier ne permet de contester l'authenticité, faute de démonstration d'une quelconque exagération ou dissimulation. L'intimé ne

soulève par ailleurs pas de critiques relevant du registre médical à l'encontre du constat de l'expert.

Pour le surplus, l'avis SMR du 16 octobre 2018 ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise quant à l'incapacité de travail et l'absence de ressources de l'assurée pour surmonter ses difficultés, y compris s'agissant des activités ménagères.

g) Satisfaisant aux exigences jurisprudentielles, l'expertise du Dr O. _____ peut se voir conférer valeur probante. Il doit ainsi être admis qu'en relation avec ses troubles psychiques, la recourante présente une incapacité de travail totale depuis le 25 novembre 2013, l'incapacité antérieure étant pour le surplus discutée ci-dessous.

6. a) Selon la jurisprudence, en présence de plusieurs atteintes à la santé de nature et de date d'apparition distinctes, le délai d'attente n'est pas pris en compte séparément pour chaque affection, avec pour corollaire qu'aucun nouveau délai d'attente ne commence à courir lorsqu'il y a une interruption notable de la capacité de travail pour une des affections (TF 9C_800/2015 du 25 février 2016 consid. 3.2). Par ailleurs, le délai d'attente d'une année de l'art. 28 al. 1 let. b LAI commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF I 411/96 du 16 octobre 1997, consid. 3c *in* VSI 1998 p. 126).

b) En l'occurrence, en raison de son atteinte à l'épaule gauche, la recourante présente une incapacité de travail de 100 % depuis le 7 février 2012 au moins jusqu'au 10 septembre 2012, la reprise à temps partiel en juin 2012 ne répondant pas aux conditions de l'interruption notable de l'art. 29ter RAI.

Selon l'expert psychiatre, l'atteinte psychique serait survenue en juin 2012 en raison de répercussions significatives sur la thymie de l'assurée consécutivement à l'échec de sa reprise d'emploi. Le Dr

O._____ retient une baisse persistante de la capacité de travail d'au moins 20 % dès cette époque, mais en toute probabilité nettement supérieure, sans cependant la quantifier. L'expertise du Dr K._____ permet de confirmer que l'atteinte psychique était bien présente en septembre 2012. Cependant, la recourante n'a pas été suivie par un médecin psychiatre, ni n'a bénéficié d'un traitement médicamenteux pour sa santé psychique avant novembre 2013 de telle sorte que les éléments médicaux font défaut pour objectiver et surtout quantifier, avant cette date et selon la règle de la vraisemblance prépondérante, le taux d'incapacité de travail inhérent aux troubles psychiques. Il n'est notamment pas possible de justifier d'une incapacité d'au moins 40 % entre juin 2012 et la décompensation de novembre 2013. Plus particulièrement, l'appréciation du Dr H._____ du 27 juin 2012 quant à une incapacité de travail de 50 % pour dépression grave ne saurait être retenue : elle émane d'un médecin qui n'est pas spécialisé en psychiatrie et de par son statut de médecin traitant, potentiellement enclin à une certaine empathie à l'égard de sa patiente. Ainsi, si entre le 7 février 2012 et le 6 février 2013, l'incapacité de travail moyenne est de 67 % (216 jours à 100 % + 150 jours à 20 % : 366 jours = 67,21 %), à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 22 septembre 2012, l'incapacité de travail est de 20 % sur le plan psychique et nulle sur le plan somatique, excluant un degré d'invalidité de 40 % ouvrant le droit à une rente. En tenant compte, en relation avec les troubles psychiques, de la persistance d'une incapacité de travail de 20 % dès le 10 septembre 2012 et de 100 % dès le 25 novembre 2013, c'est à la date du 24 février 2014 qu'il existe une incapacité de travail moyenne annuelle de 40 % (274 jours à 20 % + 91 jours à 100 % : 365 jours = 39,94 %, arrondis à 40 %). A cette date-là, l'incapacité de travail est de 100 % et se confond avec le degré d'invalidité. La recourante a dès lors droit à une rente entière dès le 1^{er} février 2014.

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2014.

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 arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé.

En présence d'expertises psychiatriques présentant des divergences conséquentes en matière de diagnostics et des conclusions diamétralement opposées en termes de capacité de travail, ni l'une ni l'autre ne répondant de surcroît aux critères jurisprudentiels posés par l'ATF 141 V 281, l'intimé aurait déjà dû compléter l'instruction en application de son devoir d'instruire la cause d'office (art. 43 al. 1 LPGA) et ordonner une surexpertise. Pour ces motifs, les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 13'334 fr. 60 (12'000 fr. d'honoraires pour soixante heures, 1'000 fr. de travail administratif et 334 fr. 60 de frais de laboratoire), seront mis à sa charge (art. 45 al. 1 LPGA ; cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4 ; TF 9C_758/2019 consid. 3.2 du 4 février 2020).

c) Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 3 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que

T._____ a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2014.

- 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. Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 13'334 fr. 60 (treize mille trois cent trente-quatre francs et soixante centimes), sont mis à la charge de l'intimé.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour T._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

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

Le greffier :