

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 juin 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Férolles et M. Peter, assesseurs
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en 2009, a été engagée le 15 juin 2004 en qualité d'employée d'administration à temps complet par l' [...] (ci-après : l'I._____).

Le 26 février 2005, l'assurée a chuté et s'est blessée à l'épaule gauche. Dès cette date, elle s'est retrouvée en incapacité de travail. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assureur-accidents de l'intéressée.

b) Le 30 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant souffrir d'une capsulite rétractile et d'une dépression depuis le 26 février 2005.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il a été établi que l'assurée avait développé une capsulite rétractile, peut-être dans le cadre d'un syndrome algoneurodystrophique, à la suite d'une contusion de l'épaule gauche (rapport du 18 novembre 2005 du Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur-accidents, ainsi que rapport du 17 mai 2006 du Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et expert mandaté par l'assureur-accidents).

Le 27 décembre 2006, la Dresse G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a en outre mentionné les diagnostics de fibromyalgie secondaire, d'état anxieux et de probables troubles de la personnalité. Ce médecin notait que l'état de santé de l'assurée s'améliorait sur le plan algique et fonctionnel, mais que l'intéressée présentait également des troubles psychologiques qui représentaient vraisemblablement des facteurs d'entretien de sa problématique ostéo-articulaire.

En date du 27 décembre 2006 également, le Dr F._____, psychiatre traitant de l'assurée et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait parvenir à l'OAI un rapport dans lequel il a notamment posé les diagnostics de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et de fibromyalgie (M79.0). Le Dr F._____ a souligné que l'assurée souffrait de plusieurs pathologies, indépendantes les unes des autres, mais qui, cumulées, justifiaient une incapacité de travail de longue durée.

Aux termes d'un formulaire 531^{bis} complété le 15 janvier 2007, l'assurée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100 %.

Dans une correspondance du 24 avril 2007 adressée au mandataire de l'assurée, le Dr F._____ a expliqué que l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée avait suivi approximativement l'évolution de l'atteinte somatique. Il a confirmé l'interaction entre les conséquences somatiques de l'accident et l'état psychique de l'intéressée.

Selon un rapport employeur daté du 24 novembre 2008, l'assurée occupait un poste à temps complet avant son atteinte à la santé, en l'occurrence jusqu'au 31 décembre 2007. Après l'atteinte à la santé, le taux avait été réduit à 60 %, à savoir dès le 1^{er} janvier 2008.

Sur la base de ces éléments, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a, par projet de décision du 17 juin 2009, puis par décision du 8 décembre 2009, refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

Le 26 janvier 2010, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Le 19 août 2010, la Caisse [...] (ci-après : la Caisse X._____) a produit le dossier de l'assurée, au sein duquel figurait un rapport établi

le 9 avril 2008 par le médecin cantonal adjoint, la Dresse B._____, préconisant l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 40 %. Selon les documents de la Caisse X._____, l'assurée a été au bénéfice d'une rente d'invalidité temporaire de 40 % depuis le 1^{er} novembre 2006, puis définitive avec effet au 1^{er} janvier 2008.

Admettant le recours formé par l'assurée, la Cour de céans a, par arrêt du 19 octobre 2011, renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction, notamment pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il a été retenu que, sur le plan somatique, hormis le diagnostic de fibromyalgie, l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, au plus tard le 1^{er} mars 2006. En revanche, sur le plan psychiatrique, la Cour a estimé ne pas être en mesure de statuer, les éléments du dossier ne permettant pas de déterminer si l'assurée souffrait d'une pathologie psychiatrique ou d'une fibromyalgie qui aurait des répercussions sur la capacité de travail.

Dans l'intervalle, soit le 7 avril 2010, la Cour des assurances sociales a également connu du recours à l'encontre de la décision relative aux prestations de l'assurance-accidents. Dans ce contexte, il a également été retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 100 % dès le 1^{er} mars 2006 et a, sur le plan psychiatrique, nié toute causalité avec l'accident du 26 février 2005.

c) A la suite du renvoi de la Cour des assurances sociales, l'OAI a mandaté en qualité d'expert le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport du 27 septembre 2012, cet expert a retenu ce qui suit :

« A.4 DIAGNOSTIC

Diagnostiques avec répercussion sur la capacité de travail

Nihil d'un point de vue purement psychiatrique.

Situation somatique à évaluer.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F33.4 Troubles dépressifs récurrents moyens,
actuellement en rémission.

**F60.31 Trouble de la personnalité
émotionnellement labile, de type borderline,**
actuellement non décompensé.

**F54 Facteurs psychologiques ou
comportementaux associés à des troubles ou des
maladies classées ailleurs.**

Z56 Difficultés liées à l'emploi et au chômage.

**R74 Elévation discrète de gamma-GT à
investiguer.**

A.5 APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

L'expertisée est une suisse, actuellement âgée de 47 ans, qui vit maritalement avec son compagnon et avec leur garçon, actuellement âgé de trois ans. L'assurée est au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce/gestion et elle travaille en tant qu'employée principale d'administration à l'_____. L'assurée est en arrêt maladie depuis le 26.02.2005, suite à une chute sur l'épaule gauche ayant entraîné une capsulite rétractile de l'épaule gauche d'évolution lente avec possible *maladie de Suddeck*. Suite à une amélioration symptomatique une reprise professionnelle à 60 % a pu être réalisée dès la fin de l'année 2006 selon l'anamnèse.

La persistance des douleurs et le décalage existant entre l'intensité des plaintes et le substrat organique ont même permis aux médecins traitants de l'assurée de retenir un diagnostic probable de fibromyalgie.

L'assurée est suivie d'un point de vue psychique depuis 1998 par le Dr F._____, psychiatre, psychothérapeute FMH, pour un trouble du sommeil récalcitrant et des baisses thymiques récurrentes, compatibles selon le psychiatre traitant avec des troubles dépressifs récurrents moyens, évoluant dans le contexte de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Signalons également des troubles de la réfraction oculaires traités et suivis à l'*Hôpital [...]*, qui atteste que la situation de l'assurée serait stable, avec une acuité visuelle de 60 % à droite « difficilement améliorable » et de 70 à 80 % à gauche « améliorable à 100 % avec un verre correcteur ».

Le nombre d'épisodes dépressifs reste difficile à préciser selon l'anamnèse, en raison d'une exagération probablement inconsciente des plaintes. En effet, dans un premier temps, l'assurée estimait que ses épisodes dépressifs, qualifiés comme étant moyens par son psychiatre, ont été présents tout au long du temps depuis

2005. Toutefois, après avoir été confrontée à des éléments objectifs plaçant pour l'absence d'une anhédonie et d'une tristesse constantes (rencontre de son compagnon, grossesse, prise en charge positive de son fils, la poursuite d'un emploi à 60 % durant une longue période), l'investiguée a pu préciser l'existence d'environ trois épisodes dépressifs (2005, 2006, 2011-2012), entrecoupés par des périodes de rémission. Nous estimons qu'il ne s'agit pas d'une exagération consciente, tout comme pour les plaintes de troubles de la concentration, tenant compte d'une excellente participation de l'assurée à l'ensemble du processus d'expertise, ainsi qu'aux tests cognitifs proposés. Dans ce contexte, nous pouvons estimer que chaque épisode dépressif peut être qualifié comme étant moyen durant 3 mois environ, suivi d'une période de 6 mois environ où la symptomatologie peut être considérée comme étant légère.

L'investiguée continue actuellement son suivi psychiatrique, actuellement à raison d'une séance mensuelle, alors qu'auparavant la fréquence des séances psychothérapeutiques était hebdomadaire, au moment de ses décompensations dépressives.

Le traitement médicamenteux actuel est composé de Seroquel® (quetiapine) 75mg/jour, Ritrovil® (clonazepam) 1mg/jour, trimipramine 200mg/jour.

La prise de sang réalisée au moment de l'expertise objective des taux sanguins infra-cliniques pour l'ensemble des psychotropes prescrits. L'expert constate que l'assurée n'est actuellement au bénéfice d'aucun traitement psychotrope plus efficace que le placebo, suivant les études cliniques empiriquement validées qui ont permis de définir les fenêtres thérapeutiques pharmacologiques.

La prise de sang objective également de gamma-GT discrètement élevée qui pourrait être lié à un problème hépatique à préciser en dehors du contexte de l'expertise, versus une consommation éthylique excessive non avouée.

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert confirme les diagnostics principaux retenus par le psychiatre traitant, à savoir de troubles dépressifs récurrents moyens, évoluant depuis 2005 dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Toutefois, nous ne retenons aucune limitation fonctionnelle significative actuellement d'un point de vue psychiatrique, ni pour les épisodes dépressifs qui sont en rémission, ni pour le trouble de la personnalité qui n'est pas actuellement décompensé.

Nous retenons même une nette amélioration du trouble de la personnalité évoluant depuis 6 ans environ, car l'investiguée a pu maintenir un lien affectif stable et avoir un enfant, dans un contexte familial positif.

Lorsqu'une douleur peut être expliquée par un mécanisme physiopathologique connu ou présumé, mais qu'il existe des arguments en faveur du rôle étiologique de facteurs psychologiques,

*on doit porter d'une part un diagnostic de **facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs (F54)** et d'autre part un diagnostic figurant dans un chapitre de la CIM-10.*

Dans ce contexte, nous ne confirmons pas le diagnostic du psychiatre traitant de fibromyalgie et nous ne retenons pas actuellement des limitations fonctionnelles significatives en lien avec le diagnostic psychiatrique susmentionné. Par contre, selon l'anamnèse, l'assurée serait limitée pour la réalisation de certains travaux lourds en lien avec des plaintes résiduelles de l'accident subi en 2005.

Bien qu'il existe une exagération des plaintes (notamment au niveau des troubles de la concentration), des avantages secondaires asséurologiques (éviter d'être confrontée à la recherche d'un emploi à temps plein vécu comme étant difficile, avoir du temps pour s'occuper de son fils en bas âge, faire face à des difficultés économiques) et un certain déconditionnement pour un travail à temps plein, la souffrance de l'investiguée apparaît comme étant réelle et son état nécessite la poursuite d'un suivi psychiatrique régulier.

En effet, le pronostic dépendra essentiellement de la poursuite d'une psychothérapie qui devra se dérouler idéalement à un rythme hebdomadaire durant toute la période des arrêts maladies, afin de diminuer le risque de décompensation du trouble de la personnalité (qui est actuellement compensé) et de la mise en place d'un traitement antidépresseur à des doses sanguines efficaces, afin de prévenir le risque de rechute dépressive. Un tel traitement antidépresseur devra être conservé six mois après la disparition symptomatique, afin de diminuer le risque d'une rechute dépressive. Nous estimons également que des prises de sang régulières devront vérifier systématiquement des taux sanguins significatifs avant d'envisager des associations médicamenteuses.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert estime d'un point de vue purement psychiatrique la capacité de travail de l'investiguée dans son dernier emploi a été conservée à hauteur de 100 %, sauf à trois reprises, suite à des épisodes dépressifs récurrents moyens : 2005, 2006 et 2011/2012. Une incapacité de travail de 50 % est à retenir durant une période de trois mois environ pour chaque épisode dépressif susmentionné, suivie d'une incapacité de 25 % durant 6 mois environ, pour chaque épisode dépressif moyen.

Toutefois, tenant compte d'une exigibilité pour un traitement antidépresseur à des taux sanguins prouvés efficaces et pour un suivi psychothérapeutique hebdomadaire durant les épisodes dépressifs, nous pouvons conclure que, dans cette situation, l'absence très probable des conditions susmentionnées a considérablement ralenti le processus de guérison. Dans ce contexte, la capacité de travail médico-théorique pourrait être considérée comme étant pleine et entière, à moins que les médecins traitants puissent apporter d'éléments objectifs prouvant des taux sanguins effectifs des traitements antidépresseurs prescrits durant les épisodes dépressifs susmentionnés.

Une baisse de rendement de l'ordre de 10 % peut être retenue en lien avec le trouble de la personnalité actuellement non décompensé de l'assuré, mais uniquement pour une activité réalisée à hauteur de 100 %.

NOTE : L'incapacité de travail psychiatrique susmentionnée de l'assurée est estimée d'un point de vue purement psychiatrique et elle devrait être intégrée aux problèmes somatiques de l'investiguée.»

Dans un avis SMR du 15 janvier 2013, le Dr Z._____, spécialiste en médecine interne générale, a critiqué l'expertise susmentionnée. Sur le plan formel, ce médecin a mis en exergue le temps relativement long entre, d'une part, la date du dernier examen et la rédaction du rapport et, d'autre part, la réception de celui-ci par l'OAI, ce qui ouvrait la question de l'actualité du rapport. Par ailleurs, l'expertise ne mentionnait pas le courrier adressé le 24 avril 2007 par le Dr F._____ au conseil de l'assurée. Il n'était de surcroît pas possible de dater avec précision les mois durant lesquels l'incapacité de travail avait été de 50 % durant les trois épisodes dépressifs mentionnés en 2005, 2006 et 2011/2012. L'évolution des troubles psychiques était enfin reprise de manière globale et non fouillée malgré les pièces à disposition. Le Dr Z._____ a ainsi conclu que s'il était possible de suivre l'expert sur le plan d'une appréciation globale, il n'était pas possible d'être plus précis compte tenu, d'une part, de l'anamnèse psychiatrique relativement sommaire concernant les épisodes mentionnés et, d'autre part, par la non prise en compte de l'entier du dossier. Compte tenu de ce qui précédait, le Dr Z._____ préconisait de soumettre l'expertise au Dr F._____, afin que celui-ci se prononce sur l'évolution de sa patiente et fasse état de son appréciation.

Interpellé, le Dr F._____ a transmis à l'OAI un rapport daté du 11 février 2013, au sein duquel il s'est déterminé sur le contenu de l'expertise. En sus des éléments déjà évoqués par le Dr Z._____, le Dr F._____ a relevé des faits qui avaient été éludés ou rapportés de manière partielle, soit notamment le nombre d'entretiens entre l'expert et l'assurée, les tentatives de contacts préalable entre l'expert et lui-même, les modalités du test des matrices de Raven, ainsi que le rythme du suivi

auquel s'était soumise l'assurée depuis le début de la prise en charge en 2005. Par ailleurs, ce médecin a critiqué l'appréciation de l'expert quant à son assertion sur l'absence de compliance thérapeutique. Selon le Dr F._____, le simple questionnement de l'assurée aurait permis d'écarter cette hypothèse, étant précisé que selon lui, l'intéressée suivait régulièrement son traitement. L'expert avait utilisé le résultat des tests biologiques de manière rhétorique pour laisser planer un doute dans tout son rapport sur la crédibilité de l'assurée. Pour le surplus, le Dr F._____ a repris de manière détaillée l'anamnèse de sa patiente, ainsi que son status psychiatrique actuel. Il a retenu un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisodes actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), le trouble de la personnalité ne se justifiant désormais plus. S'agissant de la capacité de travail, il a estimé que celle-ci avait été nulle du 26 février 2005 au 31 mars 2006, à hauteur de 50 % (de 60 %) du 1^{er} avril 2006 au 31 octobre 2007, à hauteur de 60 % (de 60 %) du 1^{er} novembre 2007 au 30 juin 2009, puis à hauteur 70 % (de 60 %) depuis le 1^{er} janvier 2010).

Le Dr F._____ a en outre fait parvenir à l'OAI un courrier du 20 janvier 2013 adressé au mandataire de l'assurée, dans lequel il émettait également ses critiques à l'endroit de l'expertise. En sus des éléments susmentionnés, le psychiatre traitant a expliqué qu'il manquait une discussion de l'anamnèse, ainsi que des troubles psychiques présentés par l'assurée au cours de son histoire et leur évolution. Par ailleurs, l'expertise ne mentionnait pas le rapport établi le 9 septembre 2007 par le Prof. [...], spécialiste en neurologie, faisant état d'une pathologie du sommeil, rapport dont le Dr F._____ joignait une copie.

En parallèle, l'instruction s'est poursuivie sur le plan somatique, l'OAI ayant eu connaissance d'une nouvelle atteinte au niveau de la hanche.

Interpellé par l'OAI, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a transmis un rapport établi le 25 mars 2013, selon lequel l'assurée avait subi, le 28

septembre 2011, une arthroscopie de la hanche droite en raison d'un conflit fémoro-acétabulaire mixte.

Dans un rapport du 23 juin 2013, le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a, quant à lui, émis les considérations suivantes :

« Madame W._____ présente un tableau intriqué dans sa cartographie douloureuse. Si l'évolution postopératoire de ce conflit fémoro-acétabulaire s'avère clairement favorable, actuellement à l'examen clinique on se trouve confronté à des sursollicitations lombaires inférieures, modestes, qui s'expliquent aisément par l'hyperlaxité ligamentaire et surtout en raison du défaut de stabilisation du plan musculaire profond. Dès lors, on n'est guère surpris par la survenue d'un renversement postérieur à l'origine d'une sursollicitation des éléments facettaires postérieurs lombaires inférieurs, reflet de l'insuffisance de stabilisation de la musculature lombo-abdominale.

Concernant la problématique cervicale, il est certain qu'il existe une interaction avec les troubles de l'accommodation, pouvant contribuer aux troubles posturaux avec une sursollicitation des segments sous occipitaux, expliquant un syndrome spondylogène.

Le comportement de la patiente et l'importance des plaintes me laisse aussi entrevoir une composante dépressive en toile de fond ainsi qu'un défaut de récupération nocturne, autant d'éléments qui participent aux troubles posturaux actuels.»

Au terme de son rapport, le Dr Q._____ a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail de 55 % et a souligné qu'une expertise interdisciplinaire serait utile pour mieux déterminer l'importance des facteurs psychologiques d'une part, et, d'autre part, pour mieux cerner les conséquences des troubles du sommeil sur la problématique douloureuse.

Par avis du 16 juillet 2013, le Dr V._____ du SMR a estimé qu'il convenait de suivre les conclusions du Dr N._____, qui retenait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 10 %, ce médecin étant « plus distant et moins à risque d'empathie pour l'assurée du fait même de sa fonction ». S'agissant de l'atteinte à la hanche droite, le Dr V._____ a souligné que les Drs P._____ et Q._____ reconnaissaient une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

Interpellée par l'OAI, l'assurée a, dans un courrier du 22 mars 2014, livré des renseignements quant à l'évolution de son taux d'activité. A compter du 16 janvier 2012, elle avait diminué son taux de 60 % à 45 % ensuite d'une réorganisation du service par son employeur, avec pour conséquence la suppression d'une partie de son cahier des charges. L'intéressée a également expliqué que selon le Dr F._____, le taux d'activité à 60 % avait été en adéquation avec son état de santé tant qu'elle n'avait pas eu d'enfant, alors que le taux actuel de 45 % était en adéquation avec sa situation depuis la naissance de son fils.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 3 juin 2014. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice de l'OAI a notamment indiqué que l'intéressée avait expliqué qu'en bonne santé elle aurait travaillé à un taux de 45 %, jusqu'à la scolarisation de son fils. L'enquêtrice proposait ainsi un statut de 45 % active et de 55 % ménagère. Le taux d'empêchement était fixé à 21,60 %.

Le 2 juillet 2014, le Dr R._____, du Centre [...] à [...] a attesté d'insomnies, de dépression et d'acouphènes, impliquant des limitations fonctionnelles concernant la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation.

Dans un rapport du 8 août 2014, la Dresse H._____, spécialiste en anesthésiologie, a, quant à elle, fait état de douleurs et de fatigue chroniques.

Par avis du 3 septembre 2014, le Dr V._____ du SMR a estimé que les éléments évoqués dans les rapports des Drs R._____ et H._____ étaient déjà connus et n'avaient pas été considérés comme ayant un caractère incapacitant jusqu'à présent. Il a ainsi confirmé la capacité de travail complète de l'assurée, avec une baisse de rendement de 10 %.

Selon un second rapport de l'employeur daté du 27 mai 2015, l'assurée était au bénéfice d'un contrat à 45 % depuis le 16 janvier 2012.

Une juriste de l'OAI a examiné le dossier de l'assurée. Il ressort ce qui suit de son avis du 3 juin 2015 :

« Après examen, je ne suis pas convaincue par la position du SMR qui consiste à émettre des critiques sur l'expertise du Dr N. _____ au point de devoir demander l'avis du Dr F. _____ sur l'évolution exacte de l'état de santé de l'assurée, pour finir par suivre l'expert au motif que les deux sont plus ou moins d'accord sur l'atteinte à la santé mais que le Dr N. _____ est plus neutre du fait de son rôle d'expert ».

Interpelé par l'OAI, l'employeur de l'assurée a, dans un écrit du 22 juin 2015, expliqué que le changement de taux d'activité intervenu le 16 janvier 2012 correspondait au taux réel d'activité, comme convenu dans la convention du 1^{er} juillet 2011.

Dans un second avis du 19 octobre 2015, la juriste de l'OAI a retenu ce qui suit :

« Après réexamen du dossier, je propose finalement de suivre l'expert dans son appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée car l'évolution des IT par le Dr F. _____ (d'ailleurs fluctuantes selon ses rapports) n'est pas très convaincante (Il se réfère par exemple à une amélioration des douleurs de l'épaule pour justifier la reprise à 60 % en novembre 2007 alors que selon le TCA l'assurée avait retrouvé une pleine CT sur le plan somatique depuis mars 2006 déjà ».

En date du 24 juin 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Se fondant sur l'expertise du Dr N. _____, l'office a retenu que l'assurée avait connu des épisodes dépressifs de degré moyen puis léger qui avaient entraîné une incapacité de travail partielle de moins d'une année à chaque fois, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Par écrit du 29 août 2016, l'assurée a, sous la plume de son conseil, informé l'OAI d'un nouvel accident intervenu le 22 février 2016, lui

occasionnant une fracture de la clavicule distale gauche. Sa situation médicale s'aggravant, elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A cette occasion, l'intéressée a également précisé que, sans son atteinte, elle aurait travaillé à tout le moins à 60 %. L'assurée a en outre produit un rapport du 24 juin 2016 du Dr [...], médecin praticien, aux termes duquel le diagnostic de fibromyalgie était confirmé, ainsi qu'un rapport du 23 août 2016 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui attestait de cervicobrachialgies gauches accompagnées de paresthésies de la main gauche, faisant suspecter une algoneurodystrophie.

Le 14 septembre 2016, le SMR a rendu un nouvel avis, rejetant le diagnostic de fibromyalgie au motif que celui-ci, retenu par le médecin traitant sans motivation précise, avait déjà été évoqué par le passé et n'avait finalement pas été retenu. Le SMR estimait que le seul élément nouveau était l'épisode traumatique avec fracture de la clavicule gauche. L'expertise multidisciplinaire ne se justifiait de ce fait pas.

L'accident du 22 février 2016 a été pris en charge par l'assurance-accidents.

Par courrier du 8 mars 2017, le Dr S._____ a informé l'OAI que l'assurée avait été victime d'un troisième accident le 27 février 2017, accentuant les douleurs au niveau de la ceinture scapulaire.

Une expertise orthopédique a été mise en œuvre par l'assureur-accidents. Selon le rapport établi le 26 mai 2017 par le Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 50 %. Ce médecin attribuait en outre à la présence d'une composante somatoforme, pour 50 %, la gravité de l'état clinique constaté.

Le 6 septembre 2017, le Dr S._____ a écrit à l'assureur-accident pour lui signaler que l'assurée présentait une décompensation

sur le plan psychiatrique et orthopédique à la suite de l'annonce d'une reprise du travail à 50 % tel que voulu par l'assureur.

Le 11 novembre 2017, la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a informé l'OAI du fait qu'elle n'allait pas donner suite à sa demande de rapport médical, compte tenu de la récente reprise de contact de l'assurée, de la complexité de la situation, ainsi que des enjeux asséculo-logiques. Ne pouvant se positionner adéquatement, la Dresse K._____ suggérait la mise en œuvre d'une expertise.

Par courrier du 11 janvier 2018, l'assurée a réitéré sa requête visant à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, cette mesure se justifiant d'autant plus que l'expertise du Dr N._____ était désormais vieille de cinq ans.

Le 13 janvier 2018, la Dresse K._____ a indiqué qu'elle avait reçu l'assurée à sa consultation à quatre reprises, entre le 24 mai et le 14 septembre 2017, mais qu'elle n'était désormais plus sa psychiatre traitante. Selon ce médecin, actuellement il n'y avait aucune indication psychique motivant un arrêt de travail.

A la suite d'un avis SMR du 29 janvier 2018 confirmant les positions précédemment exprimées, l'OAI a, par décision du 13 mars 2018 confirmé son projet de décision du 24 juin 2016, dont il a repris la motivation.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, W._____ a recouru le 1^{er} mai 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente dont le taux sera fixé au terme de la procédure probatoire et subsidiairement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle expertise pluridisciplinaire dans les disciplines suivantes : médecine interne, rhumatologie, orthopédie et psychiatrie. En substance, elle a estimé que l'expertise du Dr N._____ ne revêtait pas une pleine valeur probante, tant en regard des critères

applicables de manière générale aux expertises médicales, qu'en ce qui concernait les critères spécifiques applicables aux expertises rendues en matière de troubles somatoformes douloureux. Par ailleurs, et dans la mesure où il n'existait pas de documents médicaux au dossier qui, en l'absence d'un rapport d'expertise, pouvaient à eux seuls déterminer quelles étaient les affections dont souffraient l'assurée et quelles étaient leurs implications sur la capacité de travail, l'instruction devait être complétée. Dans cette perspective, il convenait de retenir que le statut de l'assurée était de 60 % active et 40 % ménagère, étant précisé que son taux avait été réduit à 45 % le 16 janvier 2012 en raison de son incapacité de travail, dûment admise par la Caisse X._____. Enfin, elle a mis en évidence la modification du règlement de l'assurance-invalidité, introduisant à compter du 1^{er} janvier 2018, un nouveau mode de calcul de la méthode mixte de comparaison des revenus.

Dans sa réponse du 30 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Sur le plan médical, il s'est référé à un nouvel avis du SMR dont il joignait une copie. S'agissant du statut de l'assurée, il a indiqué que la proportion 45 % active, 55 % ménagère retenue résultait des propos tenus par l'assurée dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 3 juin 2014.

En annexe de son écriture, l'OAI a produit un avis SMR du 16 juillet 2018, au sein duquel le Dr V._____ a estimé que le recours ne mettait en évidence aucun élément nouveau qui n'aurait pas déjà été pris en considération dans les précédents avis SMR, étant relevé que l'évolution psychiatrique et l'exigibilité sur ce plan avait été récemment confirmée par la Dresse K._____.

Répliquant le 29 août 2018, l'assurée a réitéré qu'en bonne santé, elle aurait à tout le moins travaillé à un taux de 60 %, étant précisé que la question du statut n'avait pas fait l'objet d'une instruction complète. Elle a par ailleurs souligné que la Dresse K._____ n'était plus son médecin traitant en janvier 2018.

Par duplique du 24 septembre 2018, l'OAI a indiqué que, compte tenu d'une exigibilité entière dans la part active, la recourante ne pouvait prétendre à une rente d'invalidité, même dans l'hypothèse d'un taux d'activité professionnelle supérieur à 45 % en bonne santé.

Le 31 octobre 2018, l'I. _____ a indiqué qu'à la suite de la naissance de son enfant en 2009, l'assurée n'avait pas sollicité une réduction de son taux d'activité. Une diminution dudit taux avait en revanche été introduite en 2012. En annexe de son courrier, l'I. _____ a également produit le décompte des absences de l'assurée du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2017, ainsi qu'une copie de la convention du 1^{er} juillet 2011 mentionnée dans le courrier du 22 juin 2015. Il ressort ce qui suit de ce dernier document :

« Début janvier 2011, la Faculté des lettres de l'Université de Lausanne a estimé que le taux d'activité de Mme W. _____ de 60 % était excessif au vu de son travail effectif. Elle a estimé que le taux réel devait être de 45 %, ce que conteste Madame W. _____.

Soucieuse de régler à l'amiable le litige qui les divisent, par gain de paix, sans reconnaissance de responsabilité, les parties transigent, de manière confidentielle, comme suit :

I. L'Université de Lausanne accepte de reporter l'entrée en vigueur du taux d'activité de Mme W. _____ de 45 % au 1^{er} janvier 2012 (voir ultérieurement en cas d'incapacité de travail résultant de l'opération à la hanche de Mme W. _____ prévue en septembre 2011 et attestée par certificat médical). Un avenant à son contrat de travail sera alors envoyé à Mme W. _____.

[...].»

Le 15 novembre 2018, l'assurée a précisé que le taux de 45 % représentait le taux d'activité que son médecin l'autorisait à pratiquer, compte tenu de toutes les circonstances.

En droit :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi

fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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.

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).

Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à

chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

b) S'agissant du statut, il sied de relever que la recourante a occupé un poste à temps plein au sein de l'I. _____ jusqu'au 1^{er} janvier 2008, date à laquelle son taux a été réduit à 60 %. Selon les éléments du dossier, notamment le rapport employeur du 24 novembre 2008, cette baisse du taux d'activité résulte de l'atteinte à la santé de la recourante. Ce qui précède est également corroboré par l'octroi d'une rente d'invalidité, de manière temporaire, puis définitivement, à 40 % par la Caisse X. _____. Aussi, faut-il conclure que sans atteinte à la santé, la recourante aurait – à tout le moins jusqu'à la naissance de son enfant – continué à exercer une activité à plein temps, ce qui ressort également du formulaire 531^{bis} rempli par l'intéressée le 15 janvier 2007.

A son retour de congé maternité, la recourante a, de fait, exercé son activité à 60 %, sans chercher à réduire son taux, référence étant faite à la correspondance de l'I. _____ du 31 octobre 2018. La recourante a par ailleurs déclaré tant dans son courrier du 29 août 2016, que dans son recours du 1^{er} mai 2018 que, sans atteinte à la santé et postérieurement à la naissance de son enfant, elle aurait travaillé à 60 %. Or, il apparaît hypothétiquement plausible que la recourante aurait effectivement réduit son taux d'activité de 100 % à 60 % si elle avait été en bonne santé, pour se consacrer à son enfant. Cette volonté de réduire son activité – dans son principe – ressort également de son courrier du 22 mars 2014 et du rapport ayant suivi l'enquête économique sur le ménage réalisée le 3 juin 2014, indépendamment des taux effectivement retenus dans ces deux documents.

A cet égard, il convient de faire abstraction du taux de 45 % en vigueur depuis le 16 janvier 2012, tel que prévu par la convention du 1^{er} juillet 2011. Il y a en effet tout lieu de penser que dite convention a été conclue ensuite d'une situation conflictuelle, le document faisant état de la volonté de régler le litige à l'amiable. Dans un tel contexte, il ne saurait

être postulé que la volonté de la recourante aurait été de consacrer 45 % de son temps à son activité professionnelle si elle avait été en bonne santé, d'autant plus que le taux de 45 % a été fixé deux ans et demi après la naissance de l'enfant et en tenant compte de l'atteinte à la santé de la recourante.

A l'aune de ce qui précède, il convient de conclure que jusqu'à la naissance de son fils, la recourante aurait exercé son activité lucrative à temps plein et qu'elle aurait réduit son activité à 60 % après cet évènement. On relève encore que le dossier ne met en exergue aucune pièce qui démontrerait que la recourante aurait réaugmenté son taux au moment de la scolarisation de son enfant en 2014. Il n'apparaît en effet pas qu'elle aurait entrepris une quelconque démarche auprès de son employeur - ou d'un autre - en vue d'augmenter son taux d'activité ou de trouver un nouvel emploi. Au contraire, le fait qu'elle se prévale de la modification du mode de calcul de la méthode mixte de comparaison des revenus dans son recours (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018) dénote de son intention de maintenir son taux partiel, nonobstant la scolarisation de son fils.

Par voie de conséquence, s'agissant de la première période, soit jusqu'à la naissance de son enfant, il convient de faire application de la méthode ordinaire de la comparaison des revenus et, s'agissant de la seconde, de la méthode mixte.

4. Doit ensuite être déterminé si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée

aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 281 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 objectivé 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). 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).

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 des 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 (inévitable) 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).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 8 décembre 2009 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 19 octobre 2011 (AI 26/10 - 474/2011), avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise psychiatrique.

Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 13 mars 2018, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise psychiatrique du 27 septembre 2012 du Dr N._____ pour retenir que l'assurée avait présenté différentes incapacités de travail depuis le 26 février 2005, de moins d'une année à chaque fois, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente.

La recourante, de son côté, a contesté la position de l'OAI, en critiquant en particulier la valeur probante de l'expertise précitée.

a) Dans son rapport du 27 septembre 2012, le Dr N._____ a retenu que la recourante avait présenté trois épisodes dépressifs en 2005, 2006 et 2011-2012, chacun de ces épisodes ayant revêtu un degré moyen

durant trois mois, puis un degré léger durant six mois. Il a par ailleurs exclu le diagnostic de fibromyalgie au motif que les algies de la recourante semblaient liées à des pathologies somatiques identifiables et porteuses de limitations fonctionnelles selon l'anamnèse. Ainsi, cet expert n'a retenu aucune atteinte à la santé psychique incapacitante et a conclu à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle avec une baisse de rendement de 10 %.

Force est cependant de suivre la recourante dans ces critiques à l'endroit de l'expertise.

Invité à se déterminer, le Dr Z. _____ a pointé les lacunes de cette expertise (cf. avis SMR du 15 janvier 2013). Ce médecin a en effet estimé que le rapport du 27 septembre 2012 présentait des défauts d'ordre formel, notamment au regard du délai de remise et l'absence de prise en compte de l'entier du dossier. Ces griefs ont, dans une large mesure, été repris par le Dr F. _____ dans son rapport du 11 février 2013, ainsi que dans son courrier du 20 janvier 2013 à l'attention du conseil de la recourante.

En l'occurrence, il apparaît que le rapport d'expertise a été établi le 27 septembre 2012 à la suite des deux entretiens des 5 et 21 juin 2012, tel que cela ressort de la page de garde du document. La production du rapport à l'office intimé n'est quant à elle intervenue que le 7 décembre 2012. Ces laps de temps relativement longs pouvaient déjà soulever la question de l'actualité du rapport. La décision finale se fonde sur cette expertise date du 13 mars 2018, soit presque six ans plus tard, et l'état de santé de la recourante a par ailleurs évolué dans cet intervalle (opération de la hanche en 2011, accidents en 2016 et 2017). Il ne saurait être a priori exclu dans le cas d'espèce que ces atteintes somatiques interagissent avec l'état de santé psychique. En de telles circonstances, l'expertise psychiatrique s'avère trop obsolète pour se voir accorder une valeur probante.

Par ailleurs, l'expertise n'apparaît pas complète dans la mesure où le résumé du dossier médical (cf. p. 4 de l'expertise) ne mentionne pas le courrier du Dr F._____ du 24 avril 2007, lequel fait notamment état de l'interaction entre les conséquences somatiques de l'accident et l'état psychique de la recourante. Le rapport du Dr N._____ a en effet été établi sur la base d'un unique document sur le plan psychiatrique, à savoir le rapport du 27 décembre 2006 du Dr F._____, étant relevé que l'expert et le psychiatre traitant ne se sont pas entretenus par téléphone. S'agissant du caractère non-exhaustif de l'expertise, le Dr F._____ a également indiqué qu'un troisième entretien avait eu lieu entre l'expert et la recourante le 3 juillet 2012 et que le test de Raven - évoluant les capacités de concentration et d'attention - s'était déroulé en deux étapes, sans qu'il soit fait mention de ces informations dans le rapport. Or, selon ce médecin traitant, la scission dudit test a des conséquences sur l'interprétation des résultats finaux de l'examen. Ces observations sont strictement factuelles et objectives. Elles amènent au constat que l'expertise présente des lacunes, voire un défaut de méthodologie.

Cette dernière laisse en outre apparaître un certain nombre d'inexactitudes. En effet, le Dr N._____ mentionne dans son appréciation que « l'investiguée continue actuellement son suivi psychiatrique, actuellement à raison d'une séance mensuelle, alors qu'auparavant la fréquence des séances psychothérapeutiques était hebdomadaire, au moment de ses décompensations dépressives ». Or, le Dr F._____ a expliqué dans son rapport du 11 février 2013, qu'il n'avait quasiment jamais vu la recourante à raison d'une séance par semaine. Contrairement à ce que l'expert laisse entendre, aucun lien ne peut donc être fait entre l'intensité du suivi et l'évolution de l'atteinte psychiatrique.

A cela s'ajoute que l'expert n'a pas précisé les dates des épisodes dépressifs, leur intensité, leurs conséquences sur la capacité de travail de la recourante et leur évolution. Sur ce point, le Dr Z._____ a relevé qu'il n'était pas possible de dater avec précision les mois durant lesquels l'incapacité de travail avait été de 50 % durant les trois épisodes

dépressifs mentionnés en 2005, 2006 et 2011/2012. L'évolution des troubles psychiques était par ailleurs reprise dans l'expertise de manière globale et non fouillée malgré les pièces mises à disposition. Ces critiques rejoignent celles formulées par le Dr F. _____ qui estime que l'expert n'a établi aucun lien entre, d'une part, les éléments du dossier asséculoologique, l'anamnèse, ainsi que la biographie de la recourante et, d'autre part, les diagnostics posés, l'évolution de l'état de santé de l'intéressée et, en conséquence, sa capacité de travail (cf. p. 3 rapport du 11 février 2013).

C'est au demeurant en raison de ces lacunes que le Dr Z. _____ a préconisé l'interpellation du médecin traitant afin que celui-ci se prononce sur l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante. Or, si le Dr F. _____ a bien été interpellé, force est de constater que le SMR n'a pas discuté les critiques et les informations livrées par ce médecin.

A cet égard, le revirement soudain du SMR dans son avis du 16 juillet 2013 ne convainc pas. En effet, le Dr V. _____ semble conférer une pleine valeur probante à l'expertise au seul motif que l'expert était « plus distant et moins à risque d'empathie pour l'assurée du fait même de sa fonction ». L'expertise serait ainsi devenue probante du seul fait que le médecin traitant, dont l'avis avait expressément été requis, risquait de ne pas être objectif. Or, si le seul lien thérapeutique n'est de manière générale pas suffisant pour remettre en question la valeur probante d'un rapport médical, cet argument est d'autant moins pertinent dans le cas particulier que le SMR avait précisément sollicité l'appréciation de ce médecin psychiatre. Par ailleurs, et même à suivre le SMR, au vu des lacunes mises en exergue par le Dr Z. _____, l'expertise ne pouvait se voir reconnaître une valeur probante au seul motif que l'avis du médecin traitant était considéré comme moins convaincant. Quand bien même le Dr V. _____ estimait ne pas pouvoir se fonder sur l'appréciation du Dr F. _____, il ne pouvait faire abstraction des griefs énoncés par le Dr Z. _____. Or, ces griefs n'ont jamais été traités, ni même mentionnés par le SMR durant la suite de l'instruction.

Compte tenu de ces éléments, c'est à tort que l'intimé a considéré, en se fondant sur l'avis du Dr V._____, que le rapport d'expertise du 27 septembre 2012 avait une pleine valeur probante.

b) A cela s'ajoute que le contenu de l'expertise ne satisfait pas à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux, d'affection psychosomatique assimilée ou de trouble psychique (cf. consid. 5).

ba) En premier lieu, il sied de relever que le Dr N._____ a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens (F33.4), de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31) et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) en référence à un système de classification reconnu, soit à la classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10).

L'expert a en revanche exclu le diagnostic de fibromyalgie au motif que les algies de la recourante semblaient liées à des pathologies somatiques identifiables et porteuses de limitations fonctionnelles (cf. p. 30 de l'expertise). Or, tel que relevé par la recourante, la motivation relative à cette exclusion est à tout le moins lacunaire, lorsque l'on sait que la Cour de céans a, dans son arrêt du 19 octobre 2011, retenu que, sur le plan somatique, hormis le diagnostic de fibromyalgie, la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle au plus tard le 1^{er} mars 2006. On peine ainsi à comprendre, et le Dr N._____ ne l'explique au demeurant pas, comment les algies de la recourante pourraient être liées à des pathologies somatiques porteuses de limitations fonctionnelles alors même que ces atteintes ne présentaient plus un caractère incapacitant au moment de l'établissement de l'expertise. L'expert est également peu cohérent lorsqu'il affirme que « dans ce contexte, nous ne confirmons pas le diagnostic du psychiatre traitant de fibromyalgie et nous ne retenons pas actuellement des limitations fonctionnelles significatives en lien avec le diagnostic

psychiatrique susmentionné », dans la mesure où, à l'évidence, un diagnostic non retenu ne peut être à l'origine de limitations fonctionnelles.

Au regard de ce qui précède, il faut constater qu'au stade du diagnostic déjà, l'expertise du 27 septembre 2012 est critiquable.

bb) A ce stade, et même à considérer que les diagnostics psychiatriques auraient été posés, respectivement exclus conformément aux règles de l'art et de manière convaincante, ce qui paraît incertain en l'espèce, il doit être relevé que l'analyse de l'expert ne permet pas non plus de se déterminer de manière éclairée sur les ressources mobilisables de la recourante, les informations réunies par le Dr N. _____ n'étant pas suffisantes pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence.

Concernant l'indicateur du degré de gravité fonctionnel, l'expert a retenu que la recourante avait pu préciser l'existence d'environ trois épisodes dépressifs en 2005, 2006 et 2011-2012, entrecoupés par des périodes de rémission. Il a par ailleurs estimé que chaque épisode dépressif pouvait être qualifié de moyen durant trois mois environ, suivi d'une période de six mois environ où la symptomatologie pouvait être considérée comme étant légère. Or, tel que déjà relevé *supra* (consid. 6a), ces constatations sont entachées d'imprécisions, si bien que le Dr Z. _____ a considéré, dans son avis du 15 janvier 2013, qu'il n'était pas possible de dater avec précision les mois durant lesquels l'incapacité de travail avait été réduite durant ces épisodes. L'expertise n'est ainsi pas suffisamment complète pour se positionner quant à ce premier indicateur.

Il n'est par ailleurs pas possible de déterminer la compliance de la recourante vis-à-vis de sa médication. En effet, sur la seule base de tests montrant des taux sanguins *infra* clinique pour l'ensemble des psychotropes prescrits, le Dr N. _____ a conclu à une mauvaise compliance, hypothèse la plus probable selon lui. Or, on constate que le Dr N. _____ n'a pas questionné l'intéressée à ce sujet, ni ne l'a confrontée aux résultats de ces tests. Par ailleurs, ses conclusions sont formellement

contredites par le Dr F._____ qui a estimé que la recourante suivait régulièrement son traitement, référence étant faite à son courrier du 20 janvier 2013 et à son rapport du 11 février 2013. L'absence de compliance thérapeutique mise en exergue par le Dr N._____ n'est ainsi qu'une hypothèse non vérifiée sur laquelle la Cour de céans ne saurait s'appuyer.

Différentes autres atteintes ont été mentionnées à titre de comorbidités par le Dr N._____ dans son expertise. On relève néanmoins que le « diagnostic » de « Difficultés liées à l'emploi et au chômage » référencé sous « Z56 » ne peut pas être considéré comme un trouble ayant valeur de maladie. Le Tribunal fédéral a en effet expliqué que de tels troubles (de la catégorie Z) ne relevaient pas de la notion d'atteinte à la santé juridiquement pertinente et ne constituaient donc pas une comorbidité, de sorte qu'ils ne pouvaient être pris en considération pour évaluer les ressources résiduelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_894/2015 du 25 avril 2016, consid. 5.1). Il en va de même du «diagnostic » retenu sous la référence R74 s'intitulant « Elévation discrète de gamma-GT à investiguer », dont la cause n'a au demeurant pas été élucidée.

De son côté, le Dr F._____ a expliqué que la recourante souffrait de plusieurs pathologies indépendantes les unes des autres, mais qui, cumulées, justifiaient une incapacité de travail de longue durée (cf. rapport du 27 décembre 2006). Il a également ajouté que l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée avait suivi l'évolution de l'atteinte somatique (cf. courrier du 24 avril 2007 à l'attention du Conseil de la recourante). Quant à la Dresse G._____, celle-ci a estimé que les troubles psychologiques de la recourante entretenaient la problématique ostéo-articulaire (cf. rapport du 27 décembre 2006). Or, l'expertise ne fait aucun lien entre les atteintes somatiques de la recourante et l'évolution de son état de santé psychique. Elle ne mentionne aucune interaction, ni ne discute les considérations émises par les Drs F._____ et G._____ à ce sujet. L'expert se limite uniquement à indiquer qu'à son avis, le volet somatique devait être réexaminé, ce qui ne peut être jugé satisfaisant

sous l'angle de l'appréciation de l'indicateur « comorbidités ou troubles concomitants ».

Enfin, tel que relevé par la recourante, la description du contexte social est relativement pauvre. Il est certes mentionné que l'intéressée entretient de bonnes relations avec son compagnon, s'occupe adéquatement de son enfant et fréquente quelques amis. Néanmoins ces éléments sont particulièrement peu détaillés, de sorte qu'on ignore quels bénéfices procurent ces facteurs sociaux à la recourante en termes de surmontabilité.

c) Des considérations qui précèdent, il résulte que l'expertise du Dr N. _____ ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles définies par la Haute Cour. Elle ne peut donc être considérée comme probante. Il suit de là que, comme précédemment, le dossier ne contient au final aucune appréciation psychiatrique permettant de se prononcer en connaissance de cause sur l'état de santé psychique de la recourante.

A cet égard, il sied de relever que l'avis de la Dresse K. _____ ne permet pas non plus de se déterminer sur l'évolution de la capacité de travail psychique de la recourante. En effet, l'on ne saurait se fonder sur l'appréciation émise dans le rapport du 13 janvier 2018, étant précisé que deux mois auparavant, ce même médecin avait refusé de donner suite à la demande de renseignements de l'OAI, compte tenu de la complexité de la situation et avait suggéré la mise en œuvre d'une expertise. Dans ces circonstances, l'avis de la Dresse K. _____ n'a pas de valeur probante, ce d'autant plus que ce médecin ne suivait plus la recourante au moment de l'établissement de son rapport au mois de janvier 2018.

Partant, du point de vue psychiatrique, la cause n'est toujours pas en état d'être jugée. Des mesures d'investigations supplémentaires sont donc indispensables à ce niveau.

b) S'agissant de l'état de santé somatique, il sera rappelé que l'arrêt de la Cour de céans du 19 octobre 2011, a retenu une pleine

capacité de travail sur le plan somatique dès le 1^{er} mars 2006. Quant à la nouvelle atteinte à la hanche, elle n'était plus incapacitante au terme du délai d'une année de l'art. 28 LAI (cf. rapports du 25 mars 2013 du Dr P._____ et du 23 juin 2013 du Dr Q._____), de telle sorte qu'aucun droit n'est ouvert du fait de cette atteinte. Enfin, le rapport d'expertise du 26 mai 2017 du Dr L._____ est suffisamment exhaustif pour pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, s'agissant des seules suites des accidents des 22 février 2016 et 27 février 2017, postérieurs à l'arrêt précité.

Il n'en demeure pas moins que des interactions ont régulièrement été relevées au cours de la procédure entre les atteintes somatiques et l'état psychique de la recourante.

En effet, si à l'époque de la première phase d'instruction, les Drs F._____ et G._____ avaient déjà mis en exergue de telles corrélations (cf. rapports du 27 décembre 2006 de la Dresse G._____ et du même jour du Dr F._____), celles-ci n'ont cessé de s'affirmer au gré de l'avancement de la procédure. Dans son rapport du 23 juin 2013, le Dr Q._____ a fait état d'un mauvais pronostic en raison d'un tableau imbriqué dans la cartographie douloureuse, raison pour laquelle il préconisait une expertise interdisciplinaire de manière à mieux déterminer l'importance des facteurs psychologiques d'une part, et, d'autre part, pour mieux cerner l'impact des troubles du sommeil sur la problématique douloureuse. Quant au Dr L._____, celui-ci a relevé que les lésions organiques constatées n'expliquaient pas à elles-seules complètement le tableau algique et la limitation actuelle, réservant une atteinte psychique à l'origine des troubles actuels.

Au vu de ce qui précède, la nouvelle expertise devra réunir, en sus de l'appréciation psychiatrique, les avis conjoints d'un spécialiste en orthopédie, compte tenu des lésions à l'épaule et à la hanche, en rhumatologie, eu égard au diagnostic de fibromyalgie régulièrement invoqué, et en médecine interne, compte tenu d'une part des allégations

de céphalées et de troubles du sommeil et, d'autre part, de la coexistence d'atteintes physiques et psychiques.

c) Dès lors que c'est à l'office intimé qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGGA), il convient de renvoyer la cause à cette autorité afin qu'elle complète son instruction. On relève que le renvoi s'impose d'autant plus dans le cas particulier que le Dr L. _____ retient une capacité de travail entière dans un activité adaptée et de 50 % dans l'activité habituelle, de sorte que si son appréciation devait être confirmée - en l'absence d'incapacité de travail d'origine psychique - il incomberait à l'OAI de mettre en place des mesures de réadaptation avant de statuer sur le droit à une rente.

7. a) En conclusion, il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il procède à un complément d'instruction dans le sens des considérants, avant nouvelle décision.

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

c) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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 frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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.

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

prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 13 mars 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- V. L'intimé versera à la recourante une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour W. _____) ;
- 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 :