

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Piguet, juge, et Mme Gabellon, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1982, titulaire d'un CFC d'employée de commerce et d'un diplôme de comptabilité supérieure, a travaillé dès le 1^{er} juin 2012 auprès de la S. _____ en qualité d'assistante en gestion comptable à 60 %. En parallèle, elle était employée en tant que boursière communale au [...] depuis le 1^{er} avril 2013 à environ 25 % et exerçait une activité accessoire de vente à domicile de lingerie à un taux de l'ordre de 10 %.

Le 27 mars 2012, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation au volant de sa voiture. Alors qu'elle roulait à environ 60 km/h, un véhicule était sorti d'un parking et avait heurté l'avant gauche de sa voiture. Elle a dû être désincarcérée et a été amenée à l'hôpital de [...] en ambulance, où des contusions cervicales, lombaires et au genou droit, ainsi qu'une plaie audit genou, ont été diagnostiquées (cf. certificat médical LAA du 16 avril 2012 du Dr H. _____, médecin). L'incapacité de travail était totale jusqu'au 11 avril 2012 (cf. certificats médicaux successifs des Drs H. _____ et Z. _____, médecins à l'hôpital de [...]).

L'assurée a repris le travail à 50 % dès le 18 avril 2012, puis à 80 % à compter du 10 mai 2012 et à 100 % dès le 4 juin 2012. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge le traitement et alloué des indemnités journalières. Il ressort de son dossier en particulier les pièces suivantes :

- un rapport du 22 mars 2013 du Dr G. _____, rhumatologue, posant le diagnostic de syndrome douloureux persistant et diffus à la suite d'un accident de la voie publique ;
- un rapport du 28 mai 2013 du Dr X. _____, rhumatologue traitant, retenant le diagnostic de fibromyalgie versus trouble somatoforme douloureux déclenchés par un accident de la voie publique ;

- un rapport du 11 octobre 2013 du Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, établi à la suite de l'examen de l'assurée, constatant que l'accident avait cessé de déployer ses effets sur le plan somatique depuis longtemps ;
- un rapport du 20 décembre 2013 du Dr W._____, psychiatre-conseil à la CNA, consécutif à un examen de l'intéressée, posant les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11). Le spécialiste relevait que l'assurée suivait un traitement psychiatrique auprès du Dr F._____, psychiatre, depuis de nombreuses années et qu'elle connaissait des difficultés existentielles de longue date avec des relations familiales difficiles. Les troubles psychiques actuels n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident.

Par certificats médicaux successifs, le Dr X._____ a attesté une incapacité de travail de 100 % du 21 novembre au 18 décembre 2013, puis de 50 %.

La CNA a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 octobre 2013, au motif que l'assurée ne présentait plus d'atteinte à la santé en lien avec l'accident du 27 mars 2012. Elle s'est fondée sur les rapports des Drs D._____ et W._____ susmentionnés (cf. décision du 24 janvier 2014 de la CNA).

Le 22 janvier 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Par certificats médicaux successifs, le Dr F._____ a attesté une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} février 2014 au 19 janvier 2015.

Le 7 février 2014, l'intéressée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité à un taux de 100 %, ceci par nécessité financière.

Dans un rapport du 13 février 2014, le Dr M._____, médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif depuis de nombreuses années et de trouble somatoforme douloureux déclenché par un accident de la voie publique. La patiente se plaignait toujours de douleurs lombaires, ainsi qu'au niveau du poignet, de l'épaule gauche et du genou droit. Elle souffrait d'une fatigabilité plus importante, de même que d'une fragilité sur le plan psychologique, accompagnées d'insomnies.

Dans un rapport du 24 février 2014, le Dr F._____ a retenu les diagnostics de dysthymie (dépression anxieuse persistante, F34.1) existant depuis 2003, ainsi que de trouble de la personnalité dépendante (F60.7) depuis plusieurs années. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 1^{er} février 2014 en raison d'un syndrome anxio-dépressif important, avec des difficultés de concentration et de mémorisation, des insomnies, ainsi que de multiples douleurs physiques.

Le 21 mars 2014, le Dr X._____ a posé les diagnostics d'état dépressif, d'accident de la circulation le 27 mars 2012 avec contusions au rachis, au bassin, à l'épaule gauche et au genou droit avec, pour ce dernier, des douleurs chroniques, ainsi que de déconditionnement physique. L'incapacité de travail était de 50 %, l'état psychique étant la source principale des arrêts de travail.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, confiée au V._____ (ci-après : le V._____). L'assurée a été examinée le 17 juillet 2014 par le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le 22 juillet 2014 par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ainsi que le 29 juillet 2014 par le Dr P._____, psychiatre. Dans leur rapport du 24 octobre 2014, ils ont posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, avec syndrome somatique (F33.11). Ils ont attesté une incapacité de travail de 50 % jusqu'à la date de l'expertise. Compte tenu de l'amélioration

entraînée par un traitement nouvellement introduit, le Topamax, une capacité de travail de 60 % pouvait être admise à partir de cette date. Les limitations fonctionnelles de l'assurée consistaient en une fatigue liée au fait qu'elle était submergée par ses émotions, à laquelle s'ajoutaient des difficultés interpersonnelles en lien avec la structure de la personnalité, des fluctuations d'humeur et une faible tolérance au stress. Des investigations psychopharmacologiques devaient encore permettre d'améliorer la prise en charge en vue d'une récupération complète de la capacité de travail dans un délai de six mois. En effet, en l'état, la duloxétine prescrite n'était pas détectée dans les échantillons sanguins analysés et ne pouvait donc pas être efficace, les experts soupçonnant un éventuel problème métabolique. Ils ont également posé les diagnostics de trouble panique (F41.0), de status après contusion lombaire et cervicale, de plaie du genou droit, de possible lésion partielle du tendon quadricipital le 27 mars 2012, ainsi que d'instabilité chronique des deux chevilles. Ces atteintes n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

Par avis médical du 25 février 2015, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a retenu une capacité de travail nulle du 20 novembre au 18 décembre 2013, puis de 50 % jusqu'au 23 octobre 2014, puis de 60 %, à réévaluer à la fin du mois de mars 2015.

Le 1^{er} juin 2015, une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du même jour, l'enquêtrice a retenu le statut d'active à 100 %. Elle a expliqué qu'avant son atteinte à la santé, l'intéressée cumulait trois activités à un taux total d'environ 95 % et que cette dernière avait confirmé qu'elle exercerait une activité lucrative à 100 % sans l'atteinte. L'assurée avait perdu son emploi de boursière le 31 août 2014 et avait arrêté son activité de vente à domicile en septembre 2014 en raison de la fatigue. Elle avait repris son emploi à la S._____ à son taux contractuel de 60 % le 19 janvier 2015, mais relevait un état de stress important en lien avec la charge de travail et le sentiment de ne pas réussir à suivre les dossiers qui s'accumulaient.

Son employeur lui aurait mentionné des difficultés relationnelles avec ses collègues.

Dans un rapport du 29 juin 2015, le Dr F. _____ a expliqué que l'incapacité de travail était de 50 % depuis le 1^{er} février 2014, ceci dans toute activité. Il persistait des angoisses, ainsi qu'une fragilité relationnelle avec un changement thymique important, de même que des troubles du sommeil. Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés à s'intégrer dans une relation, des problèmes de concentration et des troubles mnésiques, des changements thymiques importants, des angoisses et anxiétés persistantes, ainsi qu'une émotivité importante avec des réactions impulsives.

Le 27 juillet 2015, le Dr X. _____ a exposé que la dernière consultation avec l'assurée avait eu lieu en septembre 2014. Du point de vue rhumatologique, cette dernière pouvait travailler 6 h par jour avec des pauses toutes les heures. Les douleurs au genou droit étaient stabilisées, mais elle présentait des douleurs dans tout le corps, soit une fibromyalgie, avec des troubles psychiques associés. L'arrêt de travail était fixé par le psychiatre traitant, le problème étant essentiellement d'ordre psychiatrique. Il a joint son rapport du 28 mai 2013, figurant déjà au dossier.

Dans un rapport du 10 août 2015, le Dr T. _____, nouveau médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif chronique (F41.2) et de syndrome douloureux chronique. Il n'avait vu sa patiente qu'à quatre reprises, pour des motifs relativement banals n'ayant pas d'impact sur la demande en cours auprès de l'assurance-invalidité. Il n'avait pas délivré d'arrêt de travail de longue durée et ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail.

Le 12 décembre 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait essayé de reprendre son travail à la S. _____ à 60 % au lieu du 50 % prescrit par son psychiatre, mais qu'elle n'avait pas réussi à effectuer ses

tâches de façon correcte, ce qui avait énormément péjoré sa situation personnelle et professionnelle. Elle était en arrêt de travail à 100 % depuis le mois de novembre 2015 et avait donné sa démission pour le 31 décembre 2015.

Le 1^{er} janvier 2016, l'assurée a été engagée par L. _____ aux [...] en qualité de secrétaire à un taux de 10 %.

Le 22 février 2016, la Dresse J. _____, médecin au SMR, a contacté par téléphone le Dr F. _____, lequel a expliqué que sa patiente avait quitté son compagnon, déménagé chez sa tante maternelle au [...] et démissionné de son emploi. Il y avait une augmentation des épisodes boulimiques. Le changement de médication à la suite de l'expertise n'avait pas amélioré la symptomatologie. La capacité de travail était toujours de 50 %, à réévaluer par la suite. Le spécialiste a approuvé la mise en œuvre de mesures de réinsertion (cf. note d'entretien téléphonique du 22 février 2016 de la Dresse J. _____).

Par avis médical du même jour, la Dresse J. _____ a indiqué que le Dr F. _____ était d'accord avec des mesures de réinsertion et que selon lui, la capacité de travail restait à 50 %. Par ailleurs, elle a relevé que le diagnostic de fibromyalgie évoqué par le Dr X. _____ avait été énoncé de manière hypothétique dans un rapport de 2012 [recte : 2013] et que l'expertise du V. _____ de juillet 2014 ne le retenait pas, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'investiguer ce point.

Dès le 30 mai 2016, l'assurée a travaillé en tant qu'aide-comptable à 40 % pour K. _____ à [...].

L'OAI a suivi cette reprise d'activité auprès de L. _____ et de K. _____, à un taux total de 50 %, sous l'angle d'une mesure de réentraînement au travail du 1^{er} juin au 31 août 2016. L'intéressée souhaitait que ses employeurs ne soient pas contactés par l'OAI, étant donné qu'elle ne les avait pas informés de ses démarches auprès de l'assurance-invalidité (cf. communication du 9 juin 2016 de l'OAI).

Le 1^{er} septembre 2016, lors du bilan final des mesures professionnelles, l'assurée a déclaré que la reprise s'était bien passée et que ses activités étaient adaptées à ses capacités. Elle attendait un enfant pour la mi-décembre. La mesure de réentraînement n'a pas été prolongée.

Par avis médical du 20 septembre 2016, la Dresse J._____ a retenu les périodes d'incapacités de travail de 100 % dès le 20 novembre 2013, de 50 % à compter du 19 décembre 2013 et de 40 % depuis le 24 octobre 2014, en se fondant sur l'expertise du V._____.

Par projet de décision du 22 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer un quart de rente depuis le 1^{er} novembre 2014. Il a constaté une incapacité de travail totale à compter du 20 novembre 2013, puis de 50 % dès le 19 décembre 2013, et de 40 % à partir du 24 octobre 2014. Au terme du délai de carence d'une année, soit le 20 novembre 2014, elle présentait un taux d'invalidité de 40 %, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente.

Le 29 septembre 2016, l'assurée s'est opposée à ce projet, soutenant que son psychiatre traitant avait attesté une incapacité de travail de 50 %. Elle a joint en annexe un certificat établi le jour-même par le Dr F._____, selon lequel l'état de santé de sa patiente n'avait pas changé et qu'elle était toujours en incapacité de travail à 50 %.

Le 20 octobre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision, relevant que l'intéressée n'avait pas apporté d'élément susceptible de modifier sa position.

Le 7 novembre 2016, l'assurée a indiqué que lorsqu'elle avait suivi les conclusions des médecins de l'OAI, soit reprendre son travail à un taux de 60 %, cela s'était soldé par un échec. Elle y avait perdu son emploi, son conjoint et son domicile.

Par décision du 19 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'intéressée un quart de rente dès le 1^{er} février 2017.

B. Par acte du 17 février 2017, N._____, désormais représentée par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 56/17), concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une demi-rente lui soit octroyée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a contesté la capacité de travail de 60 % retenue par les experts du V._____, soutenant, en se fondant notamment sur l'appréciation du Dr F._____, que dite capacité s'élevait à 50 % seulement. Elle avait tenté une reprise à un taux de 60 %, laquelle s'était soldée par un échec. En outre, l'OAI avait mis sur pied une mesure de réentraînement au travail à hauteur de 50 %. Par ailleurs, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr X._____ et évoqué par le Dr G._____ aurait dû être investigué plus avant. Enfin, l'OAI n'avait pas procédé à une comparaison des revenus pour déterminer le degré d'invalidité. Elle avait un statut d'active à 100 % et, en comparant ses revenus avant et après l'invalidité, l'on aboutissait à un taux d'invalidité de plus de 50 %, ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité. Il en irait de même si l'on devait appliquer la méthode de comparaison en pourcent, compte tenu de la capacité de travail de 50 %.

Dans sa réponse du 5 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en se fondant sur l'expertise du V._____.

Par décision du 13 avril 2017, le juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 février 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Dans sa réplique du 4 mai 2017, la recourante a maintenu sa position.

Par décisions du 8 juin 2017, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2014 au 31 janvier 2017, ainsi qu'une rente pour enfant liée à la rente de la mère du 1^{er} décembre 2016 au 31 janvier 2017.

Par acte du 3 juillet 2017, N._____, par son conseil, a recouru contre ces décisions (cause AI 213/17), en concluant principalement à leur réforme en ce sens qu'elle avait droit à une demi-rente d'invalidité, respectivement que la rente pour enfant devait tenir compte de son droit à une demi-rente, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. Elle a requis la jonction de causes avec la procédure AI 56/17. Elle a intégralement repris les arguments développés dans son premier recours.

Le 23 août 2017, l'intimé a renvoyé à sa réponse du 5 avril 2017.

Le juge en charge de l'instruction a joint les causes AI 56/17 et AI 213/17 le 28 août 2017.

Le 21 mars 2018, Me Hichri a renoncé à déposer une liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1

let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

c) En l'espèce, formés en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), les recours sont recevables. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2014, au lieu d'un quart de rente, de même que sur l'octroi d'une rente pour enfant tenant compte d'une demi-rente d'invalidité de la mère, à la place d'un quart de rente.

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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette méthode se justifie notamment lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et les références citées).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu que sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps plein. Ceci ne prête pas flanc à la critique et est au demeurant expressément admis par l'intéressée.

En se fondant sur l'expertise du V._____, l'intimé a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 60 % dans son domaine d'activité habituelle, ainsi que dans toute autre activité adaptée.

Appliquant la méthode de comparaison des revenus en pourcent, il a fixé à 40 % le taux d'invalidité au terme du délai d'attente d'une année depuis le début de l'incapacité de travail. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du V._____ et fait valoir que sa capacité de travail est limitée à 50 %.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de 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 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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, 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 (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 (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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

b) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409 et 143 V 418). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 et 143 V 418 consid. 7.1).

7. a) En l'occurrence, le rapport d'expertise du 24 octobre 2014 du V._____ a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les spécialistes ont notamment tenu compte du rapport du 22 mars 2013 du Dr G._____ et de celui établi le 28 mai 2013 par le Dr X._____. De plus, les plaintes de la recourante ont été exposées de manière détaillée et ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées (cf. ci-dessous). Cette expertise revêt ainsi une pleine valeur probante au regard des critères usuels posés en la matière par la jurisprudence.

Une analyse spécifique au regard de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux n'était pas nécessaire, un tel diagnostic étant réfuté par les experts du V._____ et n'ayant pas davantage été posé par les Drs W._____ (cf. rapport du 20 décembre 2013) et F._____. Le seul fait qu'un diagnostic de « fibromyalgie versus troubles somatoformes douloureux », respectivement de syndrome douloureux persistant ait été évoqué par le Dr X._____, respectivement le Dr G._____, lesquels ne sont pas psychiatres, ne suffit pas à considérer que les experts auraient dû consacrer davantage de développements sur ce point (cf. rapport du 27 juillet 2015 du Dr X._____ fondé sur son rapport du 28 mai 2013, et rapport du 22 mars 2013 du Dr G._____). Il ne justifie pas non plus un complément d'instruction. En effet, les difficultés principales de la recourante ont trait non pas aux douleurs, mais aux symptômes découlant du trouble de la personnalité. L'intéressée se prévaut encore du rapport du 10 août 2015 du Dr T._____, lequel mentionnait un syndrome douloureux chronique. Cependant, ce médecin s'est limité à reprendre l'appréciation du Dr X._____, en précisant qu'il n'avait vu l'assurée qu'à quatre reprises, pour des motifs relativement banals qui n'avaient pas d'impact sur la procédure vis-à-vis de l'assurance-invalidité. Il a en outre ajouté qu'il n'avait pas délivré d'arrêts de travail de longue durée et qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail.

Par ailleurs, s'il est vrai que la jurisprudence a récemment étendu ses exigences en la matière aux autres cas dans lesquels un trouble psychique a été diagnostiqué, les experts ne pouvaient pas en tenir compte en l'espèce (cf. également consid. 7b infra). Quoi qu'il en soit, ils ne partent pas de la présomption que le trouble de la personnalité et le trouble dépressif seraient sans influence sur la capacité de travail, mais fixent cette dernière en procédant à une analyse globale des difficultés et des ressources dont dispose la recourante. Cette évaluation tient dûment compte de l'ensemble des comorbidités. De plus, elle explique en quoi les atteintes à la santé présentées par l'assurée limitent sa capacité de travail, principalement en raison d'une fatigue liée au fait qu'elle se laisse submerger par ses émotions, à des difficultés

interpersonnelles en lien avec sa structure de personnalité, ainsi qu'à des fluctuations de l'humeur et une faible tolérance au stress. Les experts ont néanmoins observé que l'assurée disposait d'une bonne capacité à se remettre en question et que le traitement de Topamax introduit récemment avait permis une atténuation des manifestations du trouble de la personnalité, grâce à une diminution des fluctuations de l'humeur. Ils ont considéré que cette amélioration justifiait désormais de retenir une capacité de travail de 60 %. A ce stade, ils n'ont en revanche à juste titre pas tenu compte, pour fixer ce taux, de l'amélioration qu'ils estimaient pouvoir escompter d'une adaptation du traitement.

Au final, l'expertise aboutit à une appréciation tout à fait nuancée de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, qui est motivée à satisfaction et dont il n'y a aucun motif de s'écarter. Contrairement à ce que soulève la recourante, l'on ne peut déduire de la durée de l'examen psychiatrique, lequel a selon elle été plus court que ceux relevant du plan somatique, que le taux d'incapacité de travail retenu par les experts a été posé à la manière « vite faite ». Tel que susmentionné, cette expertise revêt au contraire une pleine valeur probante.

Les attestations du Dr F. _____ relatives à une incapacité de travail de 50 % persistant postérieurement à l'expertise ne sont pas motivées, ou alors de manière très limitée s'agissant de celle du 29 septembre 2016, par laquelle il s'est contenté de relever que l'état de santé de sa patiente n'avait pas changé. En outre, son rapport du 29 juin 2015, succinct, ne suffit pas à mettre en doute les constatations des experts, ni à justifier un complément d'instruction. Il ne fait pas état d'éléments qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour la remettre en cause ou en établir le caractère incomplet. Il constitue seulement une appréciation différente de la même situation.

Quant au Dr X. _____, il a expliqué le 27 juillet 2015 que les atteintes à la santé de sa patiente étaient essentiellement psychiatriques.

Du point de vue rhumatologique en effet, il estimait qu'elle pouvait travailler durant 6 h par jour.

La recourante fait encore valoir qu'elle a tenté une reprise de travail à 60 %, laquelle s'est soldée par une incapacité totale de travail en novembre 2015, sa démission de son poste à la S._____, sa séparation d'avec son compagnon et un déménagement. On ne trouve toutefois au dossier aucune attestation d'une incapacité de travail de 100 % avant la démission de l'assurée. Par ailleurs, son parcours professionnel est caractérisé par de fréquents changements d'emploi, ce depuis longtemps, sans pour autant qu'une incapacité de travail durable ait été constatée préalablement. De plus, il n'est pas possible de constater que la séparation d'avec son compagnon serait la conséquence de sa reprise du travail à 60 % au lieu de 50 %. Cet argument repose sur les seules déclarations de l'assurée. On peut tout aussi bien émettre l'hypothèse que l'échec de la reprise du travail à 60 % est liée à un contexte personnel qui a pu, provisoirement, entraîner une recrudescence de l'atteinte à la santé psychique. L'avis médical du 22 février 2016 de la Dresse J._____ mentionne certes, comme le soutient la recourante, que la reprise du travail à 60 % en janvier 2015 s'était mal passée, mais la Dresse J._____ s'est à cet égard limitée à résumer le courrier du 12 décembre 2015 de l'assurée. Quoi qu'il en soit, cette dernière a pu reprendre le travail à 60 % pendant presque une année, à savoir du 19 janvier 2015 à la fin du mois d'octobre 2015, et rien ne permet de constater qu'une éventuelle recrudescence des troubles psychiques aurait été durable, alors que le Dr F._____ a pour sa part attesté de manière constante une incapacité de travail identique, soit de 50 %, depuis le 1^{er} février 2014, sans changement en 2014 ou en 2015.

Au vu de ce qui précède, la recourante ne peut tirer argument du fait que l'OAI lui a octroyé une mesure de réentraînement au travail à 50 %. D'ailleurs, il l'a soutenue de juin à août 2016 pour deux emplois qu'elle avait déjà obtenus sans l'aide de l'OAI - et pour lesquels elle souhaitait que ce dernier ne prenne pas contact avec les employeurs -, lesquels totalisaient ledit taux d'activité de 50 %.

b) L'expertise du V. _____ disposant d'une pleine valeur probante et les appréciations médicales contradictoires ayant été écartées, la mise en œuvre d'un complément d'expertise en rapport avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les maladies psychiatriques s'avère superflue (cf. consid. 6b supra).

c) En conclusion, l'intimé a retenu à juste titre une capacité résiduelle de travail de 60 % dans l'activité habituelle dès le 24 octobre 2014. Il était dès lors fondé à appliquer la méthode de comparaison des revenus en pour-cent, aboutissant à une capacité de gain de 60 % et à un taux d'invalidité de 40 %, lequel ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité (cf. consid. 3b supra). La fixation de la rente pour enfant sur la base d'un droit de la mère à un quart de rente ne prête ainsi pas non plus flanc à la critique.

8. a) Il en résulte que les recours, mal fondés, doivent être rejetés et les décisions attaquées confirmées.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à 1'800 fr., débours et TVA compris.

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

- I.** Les recours sont rejetés.
- II.** Les décisions rendues les 19 janvier et 8 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Karim Hirchi, conseil de N._____, est arrêtée à 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-

VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

VI. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour N._____)
- 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 :