

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2020

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Emmanuel Hoffmann,
avocat à Nyon

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en qualité d'auxiliaire de santé.

Le 20 février 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr F. _____, spécialiste en neurochirurgie. Dans un rapport du 8 avril 2008, ce médecin a indiqué que l'assurée souffrait d'une micro-instabilité C6-C7. Elle avait subi une opération des blocs facettaires C6-C7 le 13 mars 2008. L'assurée conservait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et probablement supérieure dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de changements de positions fréquents souhaitables, port de charges limité à 10 kg, position de porte-à-faux à éviter, position assise continue limitée à 2 heures et position debout statique limitée à 2 heures.

L'OAI a également requis des informations médicales auprès du Dr D. _____, spécialiste en rhumatologie, qui, dans un rapport du 20 juin 2008, a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) et de cervico-brachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Du point de vue rhumatologique, il n'existait pas de contre-indication à la reprise de l'activité professionnelle à 100 %.

Par décision du 26 septembre 2008 confirmant un projet du 5 août 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que celle-ci disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé compte tenu des limitations fonctionnelles suivantes : alternance

des positions, pas de porte-à-faux et pas de port de charges inférieur à 10 kilogrammes. L'OAI a ainsi retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 10 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Le 1^{er} octobre 2008, à l'issue d'une mesure d'aide au placement, l'assurée a été engagée en qualité d'auxiliaire de santé au taux de 80 %.

B. Le 16 mars 2015, G. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant comme atteinte à la santé : « dos + psychique ».

L'assurée a séjourné à [...] entre le 7 et le 13 mai 2015. A cette occasion, il a été posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de syndrome de stress post traumatique (F43.1).

Elle a également été hospitalisée dans l'unité de [...] entre les 1^{er} et 19 juin 2015. A l'issue de ce séjour, il a été posé les diagnostics de cervico-brachialgie bilatérale non-déficitaire associée à une lombocruralgie bilatérale dans le cadre de déconditionnement physique global, arthrose facettaire postérieure lombaire basse et kinésiophobie (rapports d'V. _____, physiothérapeute, du 19 juin 2015 ; des Drs S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et T. _____, médecins auprès de l'unité de [...], du 26 juin 2015).

Dans un avis du 16 décembre 2015, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a retenu que les pièces médicales versées au dossier depuis la décision du 26 septembre 2008 attestent de la complexification manifeste de la situation de l'assurée et qu'il convenait dès lors d'instruire le dossier.

Le 4 janvier 2016, C._____, assurance-maladie collective en cas de perte de gain de l'employeuse de l'assurée, a adressé copie de son dossier à l'OAI. Y figuraient notamment :

- un rapport d'expertise du 2 octobre 2014 du Dr X._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de cervicalgies et lombalgies chroniques, sans syndrome vertébral, dans un contexte de légers troubles dégénératifs, de légère scoliose lombaire à convexité gauche et d'une diminution du seuil douloureux, d'obésité et de très probable état anxio-dépressif ;
- un rapport d'expertise du 1^{er} avril 2015 du Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de douleurs ostéoarticulaires chroniques multiples dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'assurée ne présentait pas de pathologie incapacitante de sorte que le spécialiste préconisait une reprise du travail au taux de 100 % dès le mois de mai 2015.

Dans un rapport reçu le 15 janvier 2016 par l'OAI, le Dr N._____, médecin-chef auprès du [...], a posé les diagnostics de polyarthralgie dans le cadre de trouble somatoforme type fibromyalgie, de cervico-brachialgies chroniques et de status après by-pass en 2002. Il a retenu que l'activité comme auxiliaire de santé n'était plus possible, vu que les ports de charge étaient fortement restreints. L'assurée devait adopter une activité sédentaire, permettant une alternance de postures.

Par rapport du 2 mai 2016, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée, a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent sans syndrome somatique existant depuis 2014. Une modification durable de la personnalité (dépressive) après un syndrome algique sévère (fibromyalgie) et un statut post by-pass étaient sans effet sur la capacité de travail. Le spécialiste a précisé qu'en cas de reconditionnement progressif dans un travail adapté aux limitations physiques, il serait

possible d'envisager une reconversion professionnelle. Une reprise de l'activité pouvait être mise en place dès le 1^{er} mai 2016 au taux de 20 %.

Dans un rapport du 15 juillet 2016, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante de l'assurée depuis le 26 mai 2016, a posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif d'intensité moyenne existant depuis 2014. Une modification durable de la personnalité (dépressive) après un syndrome algique sévère était sans effet sur la capacité de travail. La psychiatre a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le mois d'août 2014.

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au [...]. Dans leur rapport du 7 août 2018, les Drs K._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ont posé les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'état de stress post-traumatique en rémission partielle et d'atopie aux fruits et au foin, status post-désensibilisation. Dans la partie de leur expertise consacrée à leur évaluation consensuelle, ils ont retenu ce qui suit :

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

L'assurée présente depuis 1999, dans les suites de deux événements traumatisants en février et novembre, à savoir l'incendie de son domicile et l'incendie d'une voiture dont le passager n'a pu se dégager dont elle a été témoin, un tableau douloureux ubiquitaire diffus correspondant à une fibromyalgie. En effet, les critères ACR de 1990 sont réunis en présence de 18 points de Yunus et Smythe sur 18 douloureux, avec un abaissement du seuil douloureux, et les critères de 2010 en présence de 19 zones douloureuses, d'une fatigue, de troubles du sommeil, de troubles cognitifs et de symptômes somatiques avec une échelle de sévérité à 7/12, donnant un score total de 26 sont confirmés. Les cervicalgies et lombalgies chroniques sans syndrome vertébral, sans syndrome radiculaire, sans atteinte démontrée aux radiographies, à l'IRM, même si on a pu un temps évoquer une micro-instabilité C6-C7 (diagnostic non communément admis par la communauté médicale) passent considérablement au deuxième plan derrière un tableau fonde de fibromyalgie. Ces constatations concernant le rachis cervico-dorso-lombaire sont communes chez la plupart des sujets et ne justifient pas de diagnostic spécifique ni de limitation fonctionnelle.

Sur le plan psychique, Madame G._____ a souffert d'une symptomatologie dépressive à l'âge de 22 ans, durant environ un an (perte de confiance en elle, tristesse) mais elle n'a pas consulté de médecin, et cela n'a pas nécessité d'arrêt maladie ni de prescription de psychotropes.

En 1999, aux dires de l'assurée, suite aux deux événements traumatisants vécus en février et novembre, son syndrome douloureux est devenu progressivement plus important. Son médecin traitant, au début des années 2000, lui a prescrit de la Fluoxétine en raison d'une symptomatologie dépressive, directement liée au syndrome douloureux chronique.

[...]

Comme facteurs de stress, sont retenus : le divorce de ses parents à l'âge de 20 ans ; l'incendie de l'immeuble où se situait son appartement en février 1999, l'accident de la circulation et la mort sous ses yeux du conducteur brûlé vif dans l'habitacle de sa voiture en novembre 1999 ; le fait qu'elle n'ait pas réussi à avoir un enfant il y a environ six ans ; le licenciement de son travail le 31 juillet 2014.

Nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car sur le plan rhumatologique est démontré un diagnostic de fibromyalgie, le contexte psychique étant évident chez cette expertisée. De plus le syndrome douloureux assure à Madame G._____ une sollicitude accrue de la part de son entourage. La symptomatologie dépressive, mise sur le compte du syndrome douloureux chronique par l'expertisée, est d'intensité plutôt moyenne et n'est pas corroborée par des signes cliniques de dépression. Cette symptomatologie ne mérite pas à notre avis un diagnostic séparé et rentre dans le cadre du trouble somatoforme douloureux persistant.

Le diagnostic de modification durable de la personnalité ne nous paraît pas justifié. L'expertisée décrit une symptomatologie dépressive chronique directement liée au syndrome douloureux, mais les difficultés interpersonnelles et sociales ne paraissent pas présentes, nous ne retrouvons pas de réduction des intérêts.

Nous retenons également un état de stress post-traumatique en rémission partielle depuis deux ans, car il reste quelques symptômes résiduels (notamment une activation neurovégétative et des symptômes de reviviscence de l'événement traumatique).

Sur le plan de la médecine interne, une hypertension artérielle mise en évidence lors de l'expertise ainsi qu'une obésité de classe 1 in status post bypass en 2002, doivent faire l'objet d'une réappréciation par le médecin traitant, des probables céphalées de tension, n'évoquant pas une céphalée vasculaire typique, sont rares et partant non durables, enfin une allergie aux fruits et au foin a été investiguée et traitée par désensibilisation.

[...]

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

Eviter les environnements poussiéreux, les changements brusques de température, le froid.

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

Aucun trait de personnalité pathologique n'est relevé.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources internes et externes sont conservées. Des facteurs de surcharge inconscients sont présents.

4.6 Contrôle de cohérence

Sur le plan somatique, on relève une discordance entre les amplitudes des épaules en mobilisation active spontanée et celles constatées lors de l'examen clinique, outre la présence de cinq signes de non-organicité de Wadell. En revanche, aucun signe de défaut de cohérence sur le plan psychique.

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

Complète.

Les experts ont joint à leur évaluation consensuelle les rapports rendus dans chacune de leur spécialité.

Dans un avis du 3 septembre 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise du [...] et a relevé que les documents d'imagerie du 8 mai 2014 montraient une minime cervicarthrose C5-C6, une spondylose étagée et une arthrose facettaire de L3 à S1 ainsi que de discrètes discopathies étagées de L2 à L5. Il convenait dès lors de confirmer les limitations fonctionnelles retenues dans le cadre de la première décision de l'OAI, soit une limitation de la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'aide-soignante et une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 25 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations.

Le 18 octobre 2018, l'assurée a contesté le projet susmentionné. A l'appui de son opposition, elle a produit, les 18 octobre et 16 novembre 2018 :

- une attestation médicale du 3 octobre 2018, où le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, relevait que sa patiente présentait toujours une perturbation marquée de son état de santé, particulièrement un état dépressif pour lequel elle était suivie régulièrement, et retenait que son état de santé actuel ne lui permettait plus d'effectuer une activité professionnelle ;
- un rapport du 9 octobre 2018, où la Dre B._____, indiquait ce qui suit :

Le médecin soussigné atteste suivre et traiter sur le plan psychique Mme G._____, depuis fin juin 2016.

La patiente présente des symptômes du registre dépressif de manière chronique. L'humeur est régulièrement triste, même si Mme G._____ peut éprouver du plaisir dans certaines activités ou relations sociales. A chaque consultation, elle se plaint de douleurs diffuses et intenses. Nous observons nous-mêmes qu'elle est régulièrement obligée de changer de position lors des entretiens. Elle se sent découragée par les douleurs chroniques et par le fait d'être obligée de fractionner constamment son travail domestique.

Nous notons également un ralentissement psychomoteur, des troubles de l'attention et de mémorisation. Nous allons prochainement effectuer des tests neuropsychologiques pour objectiver et quantifier ces troubles, examens que nous ne manquerons pas de vous adresser.

A noter que Mme G._____ n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis plusieurs années et qu'elle est dans l'incapacité de se projeter dans un quelconque emploi. Sans l'aide de l'Al pour une réinsertion professionnelle, il nous semble que la réintégration de Mme G._____ dans le monde du travail est plus que compromise.

- un certificat médical du 11 octobre 2018 où le Dr N._____ posait les diagnostics de fibromyalgie, d'état anxiodépressif et de kinésiophobie, et indiquait que le ressenti douloureux restait fortement négatif et qu'il voyait difficilement l'assurée effectuer une activité avec port de charge de plus de 10 kilogrammes.

Par décision du 20 décembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée, considérant que les pièces médicales avaient établi que, tout comme lors de la première décision, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée sédentaire ou

semi-sédentaire respectant les limitations fonctionnelles d'alternance des positions, pas de porte-à-faux et port de charges inférieures à 10 kilogrammes.

C. Par acte du 10 janvier 2019, G._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a déféré la décision du 20 décembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à son annulation.

Par mémoire complémentaire du 1^{er} mars 2019, G._____, désormais représentée par Me Emmanuel Hoffmann, a, tout en contestant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 7 août 2018, pris les conclusions suivantes :

Préalablement :

- I. Admettre le recours.
- II. Ordonner une nouvelle expertise complète.
- III. Entendre la recourante lors d'une audience.

Principalement :

- IV. Annuler et mettre à néant la Décision querellée.
- V. Dire que la recourante est invalide au sens de la LAI et lui octroyer une rente entière, dès le dépôt de la demande AI déposée auprès de l'Office.
- VI. Débouter l'Autorité inférieure de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions.

Subsidiairement :

- VII. Annuler et mettre à néant la Décision querellée et retourner l'entier du dossier de la cause à l'Autorité inférieure pour nouvelles instruction et décision dans le sens des considérants de l'Arrêt à rendre, avec en particulier expertise complémentaire visant à identifier une pathologie de type névrose dépressive ou dépression névrotique.

Plus subsidiairement :

- VIII. Octroyer des mesures professionnelles en faveur de la recourante.

Par réponse du 9 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 10 mai 2019, la recourante a confirmé ses précédents moyens et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité.

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si

entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées).

c) En l'espèce, l'intimé est, à juste titre, entré en matière sur la demande de prestations déposée le 16 mars 2015 par la recourante, malgré le refus de rente signifié le 26 septembre 2008. En effet, il ressort des pièces au dossier que celle-ci a présenté, depuis avril 2014, une exacerbation progressive des polyarthralgies ainsi que des troubles psychiatriques (cf. rapports du Dr Q._____ du 8 janvier 2016 ; des Drs S._____ et T._____ du 26 juin 2015 ; avis SMR du 16 décembre 2015). Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations - soit la décision du 26 septembre 2008 - et la décision

litigieuse du 20 décembre 2018, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de

troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 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 citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social.

Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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

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

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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).

7. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente plusieurs atteintes à la santé, soit principalement une fibromyalgie, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un état de stress post-traumatique en rémission partielle ainsi que des cervicalgies et lombalgies chroniques au second plan. Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du [...], l'OAI a considéré que la recourante présentait

une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Sur le plan de la médecine interne, les experts du [...] n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, une obésité, une hypertension artérielle, une allergie aux fruits et au foin ainsi que de probables céphalées de tensions étant considérées sans influence sur la capacité de travail.

b) Sur le plan rhumatologique, il y a lieu de relever que les différents médecins consultés au cours de la procédure administrative ont constaté que la recourante ne présente aucune atteinte majeure mais seulement de discrètes atteintes cervicales et lombaires, s'accordant pour admettre que la recourante souffre de fibromyalgie (cf. rapports du Dr D._____ du 20 juin 2008 ; du Dr X._____ du 2 octobre 2014 ; du Dr N._____ des 12 octobre 2015 et 15 janvier 2016 ; du Dr L._____ du 7 août 2018). D'après les documents d'imagerie versés au dossier, elle ne présente en effet que de légers troubles dégénératifs avec des discopathies étagées de L2 à L5, toutefois sans hernie discale, sans image de conflit disco-radiculaire, sans sténose foraminale ni d'autres anomalies spécifiques, qui ne permettent pas d'expliquer l'intensité des douleurs exprimées (rapports du Dr X._____ du 2 octobre 2014 ; des Drs S._____ et T._____ des 25 juin 2015 ; du Dr L._____ du 7 août 2018).

c) Sur le plan psychiatrique, il ressort des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr J._____ que la recourante présente un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ainsi qu'un état de stress post-traumatique (F43.1) en rémission partielle. La symptomatologie dépressive, mise sur le compte du syndrome douloureux chronique par l'expertisée, était d'intensité plutôt moyenne et n'était pas corroborée par des signes cliniques de dépression (avec notamment des contacts sociaux fréquents et enrichissants, un désir sexuel préservé, du plaisir à manger, une absence de fatigue ainsi qu'une capacité de concentration). Cette symptomatologie ne méritait pas, de l'avis de

l'expert, un diagnostic séparé et rentrait dans le cadre du trouble somatoforme douloureux persistant. Le Dr J. _____ a en outre estimé que le diagnostic de modification durable de la personnalité ne paraissait pas justifié dès lors qu'il ne constatait pas de difficultés interpersonnelles et sociales ni de réduction des intérêts. Il n'y a pas lieu de remettre en cause ces constatations, celles-ci reposant notamment sur une analyse détaillée de l'ensemble des critères diagnostics relatifs aux troubles de la lignée dépressive. Les considérations émises par les Drs Q. _____ et B. _____ au cours de la procédure administrative (attestation médicale du 3 septembre 2018 et rapport du 9 octobre 2018) ne permettent pas de jeter le doute quant au bien-fondé des conclusions de l'expertise, ces médecins se limitant à formuler des appréciations sans donner d'explication circonstanciée sur les éléments objectifs qui justifieraient dans le cas d'espèce de s'éloigner des constatations claires et dénuées de contradictions du Dr J. _____.

8. Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante présente principalement un tableau clinique dominé par des douleurs mal systématisées. Eu égard aux diagnostics retenus (fibromyalgie et syndrome douloureux somatoforme persistant), il y a lieu d'examiner, à la lumière de la jurisprudence récente en matière de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables, s'il y a néanmoins lieu de retenir la présence d'une incapacité de travail.

a) Dans le cadre de son expertise, le Dr J. _____ a relevé que le traitement psychiatrique mis en place était adéquat et bien investi et que l'observance thérapeutique était bonne. Il a également constaté que la recourante disposait d'une bonne aptitude à la communication. L'expertisée avait été adéquate dans son contact au psychiatre et avait adopté une attitude coopérante. Elle était vigilante, n'avait pas fait preuve de déficit attentionnel et ne présentait pas de trouble du cours de la pensée. Ses capacités d'adaptation et de flexibilité psychique étaient conservées, tout comme la capacité d'organisation, la capacité de prise de décision et de jugement, les capacités d'autonomies dans les activités

quotidiennes et les capacités relationnelles dans le cadre familial intime et de groupe. Tout en évoquant un moral bas, la recourante indiquait avoir du plaisir à manger, ne pas souffrir de fatigue et être capable de se concentrer. Elle valorisait également ses rapports sociaux avec ses amis, sa mère et son compagnon. La capacité d'endurance paraissait toutefois limitée par le syndrome fibromyalgique, la recourante essayant de ménager ses efforts pour éviter d'exacerber ses douleurs.

b) De fait, il ressort des observations rapportées par le Dr J. _____ que la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources psychologiques et que l'atteinte à la santé n'induit pas un retrait social qui peut être qualifié de conséquent (« son réseau social semble riche et soutenant »). La symptomatologie douloureuse ne semble impacter que de manière limitée l'aptitude de la recourante à vaquer, à son rythme, à ses activités quotidiennes. Celle-ci sort en effet son chien deux fois par jour, prend soin de ses animaux (un chien, deux chats et deux oiseaux), assure l'ensemble de ses tâches ménagères et administratives, réalise des bricolages, lit et regarde la télévision, s'adonne au jardinage et conduit un véhicule sans difficultés.

S'agissant des douleurs évoquées par la recourante, il est le lieu de relever que les Drs K. _____ et L. _____ ont dans leurs rapports tous deux estimé qu'elles n'étaient pas cohérentes au vu de l'absence d'expression de douleurs constatée pendant les examens cliniques. Le Dr K. _____ a notamment relevé la « discordance très importante entre le niveau des douleurs rapportées, évaluation de l'intensité des douleurs à 8/10 sur une échelle visuelle analogique (EVA), et l'annonce de ces douleurs faite avec un sourire et un calme qui surprennent avec ce qu'on attendrait dans l'expression lors de telles douleurs » (page 16) et précisé que « le problème de l'intensité des douleurs évoquée par l'assurée ne nous semble pas cohérent avec l'absence d'expression de douleur constatée durant l'examen » (page 20).

Plusieurs intervenants ont également souligné, malgré les constats rassurants sur le plan objectif, que la recourante était convaincue

de ne disposer d'aucune capacité de travail (rapport du Dr D._____ du 20 juin 2008 ; rapport d'évaluation des potentialités de retour au travail des 3 et 16 juillet 2014 de [...] produit par C._____ le 4 janvier 2016) et qu'elle était incapable de se projeter dans la reprise de la moindre activité professionnelle (rapports de la Dre B._____ des 15 juillet 2016 et 9 octobre 2018 ; du Dr K._____ du 7 août 2018). Pour autant, elle ne présente pas, d'après le Dr J._____, une structure de personnalité, respectivement des troubles de la personnalité qui permettent d'expliquer les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Ainsi faut-il admettre que la recourante s'est fixée dans un statut d'invalidé qui semble essentiellement relever de facteurs sortant du champ médical.

c) En définitive, il convient d'admettre que la recourante dispose de ressources psychiques qui lui permettraient, nonobstant ses douleurs, d'exercer une activité sur le marché du travail. Aussi, il y a lieu de constater que la recourante présente une capacité de travail entière, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions ; pas de porte-à-faux ; port de charges inférieurs à 10 kg ; pas d'activité en ambiance poussiéreuse ou comportant des variations importantes de température ; pas d'exposition au froid [cf. avis SMR du 3 septembre 2018]). A cet égard, force est de constater que les limitations fonctionnelles retenues par les experts du [...] en lien avec une allergie aux foin ne restreignent pas de manière significative les activités que la recourante pourrait exercer. Partant, sa situation n'a pas évolué depuis la précédente décision de refus du 26 septembre 2008.

9. Dans ces conditions, une nouvelle expertise et l'audition de la recourante apparaissent inutiles et la requête formulée en ce sens doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2).

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Par décision de la juge instructrice du 25 janvier 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 janvier 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel-Duc. Ce dernier a été relevé de ses fonctions par décision du 14 mars 2019 et s'est vu fixer une indemnité d'office arrêtée à 915 fr. 45, débours et TVA compris.

Par décision du 14 mars 2019, la juge instructrice a désigné en remplacement de Me Duc, à compter du 22 février 2019, Me Emmanuel Hofmann comme conseil d'office de la recourante. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 18 février 2020. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Hofmann est arrêtée à 2'622 fr. 45, débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office

dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 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 du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 20 décembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Emmanuel Hoffmann est fixée à 2'622 fr. 45 (deux mille six cent vingt-deux francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Emmanuel Hoffmann (pour G. _____),
- 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 :