

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} avril 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 Mme Di Ferro Demierre, juge et Silva, assesseure,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Alessandro Brenci, à
Lausanne,

et

O._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

aa) P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante italienne née en 1962, aide-infirmière à 80 %, a déclaré être en incapacité totale de travailler à compter du 3 avril 2012. Elle a déposé le 2 novembre 2012 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant être suivie depuis avril 2012 par le Dr Z._____, psychiatre, l'atteinte existant depuis cette date.

Dans un rapport du 2 mai 2011 [recte : 2012] à l'OAI, le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de douleurs musculo-squelettiques poly-insertionnelles diffuses de type fibromyalgique, de carence des réserves en fer, de dyslipidémie modérée, ainsi que d'excès pondéral. Il a exposé que les douleurs diffuses atteignaient le rachis, notamment la nuque et le bas du dos, les épaules, les mains, les hanches, les genoux et les pieds. Les symptômes douloureux étaient permanents, associés à un état de fatigue constant, un sommeil non réparateur, des paresthésies des mains, des épisodes de céphalées, ainsi que des troubles gastro-intestinaux fonctionnels.

Le 16 mai 2012, le Dr Z._____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32) ayant débuté en avril 2012 à la suite d'un avertissement de l'employeur, la patiente craignant d'être licenciée. L'assurée bénéficiait d'une thérapie de soutien d'une heure toutes les deux semaines.

Dans un rapport du 26 juin 2012, signé également par le Dr Z._____, la psychologue M._____ a indiqué suivre l'intéressée à raison d'une heure par semaine pour une thérapie de soutien. Du Cipralex 10 mg avait été prescrit depuis la mi-juin 2012.

Dans un rapport du 6 mars 2013 à l'OAI, le Dr H._____, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la

capacité de travail d'état anxio-dépressif existant depuis avril 2012, et celui sans effet sur ladite capacité de douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles diffuses de type fibromyalgique depuis mai 2012. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de sa patiente.

Le 23 octobre 2013, le Dr Z. _____ a informé l'OAI que le Dr G. _____, psychiatre, avait repris le suivi de l'assurée depuis janvier 2013.

Le 12 février 2014, le Dr G. _____ a indiqué à l'OAI que l'intéressée n'était plus prise en charge depuis de nombreux mois. Aux dernières nouvelles, elle n'était plus malade et ne prenait pas de traitement.

Dans un avis médical du 26 février 2014, la Dresse Q. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a énoncé ignorer si l'assurée était toujours en arrêt maladie et, dans l'affirmative, quel était le médecin qui signalait les incapacités de travail et pour quel diagnostic. Des renseignements complémentaires devaient dès lors être demandés à l'intéressée. Elle a précisé que le Dr B. _____ n'avait pas revu l'assurée depuis 2012.

Dans un rapport du 3 mars 2014 à l'OAI, le Dr B. _____ a indiqué suivre l'assurée depuis le 1^{er} mai 2012. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques polyinsertionnelles diffuses de type fibromyalgique versus syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), ainsi que de probable dysthymie (F34.1). Il a retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de carence anamnestique des réserves en fer, de dyslipidémie modérée et d'excès pondéral. L'incapacité de travail était totale depuis avril 2011 [recte : 2012] et se prolongeait actuellement. Le Dr B. _____ a listé les restrictions physiques suivantes :

« - Impossibilité d'effectuer des travaux lourds sollicitant le dos en flexion, inclinaison et torsions répétées. Restriction dans les postures fixes et déséquilibrées.

- Limitation pour les mouvements de rotation/torsion de la nuque.
- Limitation de la capacité de porter, soulever et déplacer des charges lourdes.
- Difficulté pour effectuer des travaux avec les bras en hauteur et en charge.
- Fatigabilité lors du travail de plus de 4 heures d'affilée. »

Le Dr B. _____ a précisé que le travail d'aide-soignante impliquait des mouvements et des efforts sollicitant la nuque et le dos pour les soins prodigués aux patients, ainsi que des travaux de nettoyage des chambres et de changement de la literie, qui pouvaient impliquer des postures déséquilibrées et des activités répétitives ou contraignantes. Le travail d'aide-soignante pourrait hypothétiquement être réalisé à un taux de l'ordre de 40 % en tenant compte de la diminution du rendement de 30 à 40 % en raison des douleurs. Le Dr B. _____ a ajouté qu'une activité adaptée pourrait être réalisée à un taux de 50 % à partir du mois de mars 2014. Il l'a définie de la manière suivante :

« Le profil, du point de vue des charges, devrait permettre des changements de position pour alterner les positions debout et assise ; les positions ergonomiques pour le dos avec éviction des inclinaisons et des torsions répétées du rachis devraient être favorisées. Les postures fixes et déséquilibrées sont à éviter. La limite de poids pour le port de charges est de l'ordre de 10 kg ; les efforts pour porter, soulever et déplacer des charges ne devraient pas être répétitifs. Les travaux avec les bras en hauteur sont aussi à éviter. Un encadrement bienveillant et une réduction du stress sont aussi souhaitables. »

Le Dr B. _____ a encore ajouté que des mesures professionnelles devaient accompagner la réintégration professionnelle pour permettre à la patiente de retrouver un travail adapté qu'elle pourrait exercer initialement à 50 %, ce taux devant être réévalué en fonction de l'évolution clinique et symptomatique.

Le 11 avril 2014, à la demande de l'OAI, l'assurée a informé avoir repris une activité professionnelle de 30 % à l'essai. Cette activité consistait à s'occuper d'une personne âgée à domicile, en particulier l'aider à s'habiller, faire sa petite toilette et ses courses (cf. rapport du 1^{er} juin 2015 du Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, p. 3).

Dans un rapport du 30 septembre 2014 à l'OAI, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptômes psychotiques (F32.1-2) et de trouble de la personnalité sans précision (F60.9), existant déjà lors du début de la prise en charge, soit en mars 2013. Il a relevé que l'assurée a développé un épisode dépressif majeur à la suite d'un licenciement inattendu par son employeur. Il a évoqué des difficultés à gérer le quotidien au travail et en famille. L'incapacité de travail se montait à 70 % depuis février 2014 et se poursuivait actuellement. L'activité exercée d'aide-soignante était exigible à un taux de 30 %, le rendement étant parfois réduit en cas de stress important. Les restrictions physiques, en lien avec la gestion du stress, consistaient en des états de panique et une incapacité à dormir. Au travail, cela se manifestait par des crises de larmes, un manque d'attention et de concentration, ainsi que des erreurs dans l'accomplissement des tâches.

Par avis médical du 4 février 2015, la Dresse Q._____ du SMR a estimé qu'il était nécessaire de mettre en œuvre une expertise ou un examen bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique.

bb) L'assurée a été examinée le 24 avril 2015 par le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie, et le 29 avril 2015 par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les deux experts se sont entretenus le 13 mai 2015. Le dossier radiologique de l'intéressée a été transmis au Dr J._____.

Dans son rapport du 13 mai 2015, le Dr J._____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur, d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi que de syndrome lombovertébral récurrent et de cervico-brachialgies, tous les deux chroniques et sans signe radicaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie.

Le Dr J. _____ a pour le surplus fait l'appréciation suivante du cas :

« Nous sommes confrontés à une assurée de 52 ans, d'origine italienne, en Suisse depuis 1981, détentrice d'un permis C, divorcée depuis 1995, mère de trois enfants majeurs dont le cadet vit encore avec elle, ayant une formation de couturière, ayant débuté une formation d'aide-infirmière, ayant travaillé comme femme de ménage jusqu'en 1985, puis comme mère au foyer jusqu'en 1996 puis comme femme de ménage jusqu'en 2009, puis comme aide-infirmière dans un EMS. Elle stoppe son activité en avril 2012. Elle est licenciée en janvier 2013.

Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs hormis une anémie sur probable carence martiale en 2000. Depuis mai 2011, sans facteur traumatique, l'assurée signale l'apparition de douleurs poly- et péri-articulaires, fluctuantes et migrantes, s'étendant en tache d'huile, associées à des douleurs cervicales et lombaires devenues chroniques. Elle a bénéficié d'une prise en charge physiothérapeutique essentiellement à sec. L'évolution est peu favorable.

A l'examen de ce jour, on note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ainsi que des douleurs péri- et poly-articulaires, sans signe inflammatoire. L'examen frappe par un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, avec diminution du seuil de déclenchement à la douleur.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de trouble dégénératif, il n'y a pas de discopathie significative, l'ultrasonographie des épaules est dans les normes, l'ultrasonographie des différents groupes articulaires permet d'exclure une atteinte inflammatoire. Il n'y a pas de rehaussement au doppler.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait continuer à bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique à sec voire éventuellement en piscine avec applications de jets [de] massages. La poursuite d'une médication antalgique voire l'adjonction d'une médication myorelaxante et la poursuite d'un traitement de type tricydique est de mise, ce qui pourrait permettre de rehausser le seuil de déclenchement à la douleur.

Concernant son exigibilité, il n'y a que peu d'argument somatique pouvant justifier une incapacité de travail. Cependant, au vu du vécu douloureux devenu chronique, une diminution du rendement de 10 % dans le cadre de son activité d'aide-infirmière peut être admis et ce, à court terme.

Cette appréciation se différencie de celle du Dr H. _____ et s'apparente à celle du Dr B. _____. A notre avis, il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de trouble sensitivo-moteur, la patiente

se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle est capable de rester assise sans opter de position antalgique et ce, durant tout l'entretien. Elle est capable de monter et de descendre deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse. Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr T._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans une activité habituelle et dans une activité adaptée est estimée à 100 %.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant.

Du point de vue psychiatrique, compte tenu de ce qui précède et après examen et étude du dossier, le principal problème de cette assurée est la douleur et la fatigue, symptômes d'un trouble somatoforme sans comorbidité psychiatrique, donc sans limitations psychiques justifiant une incapacité de travail.

RÉPONSES AUX QUESTIONS

(en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus)

A. INFLUENCES SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés :

Du point de vue qualitatif :

L'assurée présente une limitation concernant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg et ce, de manière répétitive.

Du point de vue quantitatif :

En intégrant l'aspect psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail dans son activité antérieure est estimée à 100 %.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée stoppe son activité professionnelle en mai 2012.

Tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, il n'y a pas d'argument à prolonger l'arrêt de travail.

Une reprise d'une activité professionnelle entière peut raisonnablement être exigée.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

A 100 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Oui, de 10 % et ce, de manière transitoire, de trois mois vu la longue inactivité professionnelle et le déconditionnement au travail subséquent.

2.5 Depuis quand au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Depuis mai 2012.

Actuellement une reprise d'une activité professionnelle entière pourrait raisonnablement être exigée.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assurée a repris une activité professionnelle à 30 % depuis février 2014.

B. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Oui. Des mesures de réadaptation pourraient être envisageables. Une intelligence normale, son âge, la bonne maîtrise du français, constituent des facteurs de bon pronostic. Une diminution du seuil de déclenchement à la douleur constitue [un] facteur de mauvais pronostic.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ?

Oui, en lui évitant des ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

En intégrant l'aspect psychiatrique, le pronostic est du point de vue biomédical bon.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?

Tel que décrit dans l'appréciation du cas, en évitant les mouvements répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier, les ports de charges de plus de 10 kg.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A 100 % (accueil, vente d'objets légers, ...).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Pour sa part, dans son rapport d'expertise du 1^{er} juin 2015, le Dr T. _____ a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de neurasthénie (F48.0). Il a estimé que l'assurée a toujours été capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique.

Au titre du statut clinique, il a notamment retenu ce qui suit :

« (...) »

En ce qui concerne les activités journalières, l'assurée dit qu'à part son travail à 30 %, elle reste à la maison où elle fait le ménage et la lessive, les commissions et les repas, mais sinon, elle dort quand elle est fatiguée. Elle dit regarder peu la télévision. Elle ne va pas sur Internet. Les week-ends, elle va parfois avec ses enfants, mais elle dit qu'elle ne supporte pas les petits-enfants. Dernières vacances l'année passée avec les enfants en Italie, chez elle en Calabre, durant 3 semaines, où ils sont allés en voiture. A signaler que l'assurée dit se sentir beaucoup mieux par rapport aux douleurs en Italie qu'en Suisse. »

Il a par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas :

« Il s'agit d'une assurée née en Italie, qui a perdu son père en bas âge, puis qui a passé son enfance et adolescence avec sa sœur et sa mère ; elle dit avoir été très attachée à sa mère. Agée de 18 ans, elle a émigré en Suisse en accompagnant son mari, regrettant de laisser la mère en Italie. En Suisse, elle a travaillé à plusieurs endroits. Actuellement, elle travaille depuis environ une année à 30 %, elle aide une personne âgée.

Cette assurée se plaint fondamentalement de douleurs un peu partout dans son corps, rappelons qu'elle a été diagnostiquée de fibromyalgie, et surtout d'une grande fatigue ainsi que des maux de tête, symptômes qui ont tendance à diminuer lorsqu'elle est avec sa famille en Italie. Par ailleurs, elle dit qu'elle n'a pas le projet de rentrer en Italie étant donné que ses enfants habitent ici en Suisse.

Comme déjà décrit par les différents médecins s'étant occupés de l'assurée, celle-ci présente une fibromyalgie qui est comparable à un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Signalons que cette assurée ne présente pas à proprement parler de trouble de la personnalité, mais plutôt une neurasthénie (F48.0) dont, selon la CIM-10, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes. Comme c'est le cas chez l'assurée, la fatigabilité

mentale est décrite typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'association des souvenirs, une difficulté de concentration et une pensée globalement inefficace avec des sensations de faiblesse corporelle et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes associé à des courbatures, des douleurs musculaires et une incapacité à se détendre.

A signaler aussi que cette neurasthénie, que l'assurée présente vraisemblablement depuis plusieurs années, fait partie du tableau d'autres troubles névrotiques selon la CIM-10, troubles liés à des facteurs de stress et également des troubles somatoformes et ne présente pas de limitations psychiques justifiant l'incapacité de travail.

A signaler également que selon le psychiatre de l'assurée, elle présente un épisode dépressif sévère, mais il n'a pas énuméré les signes et symptômes de cet épisode dépressif ; toutefois, au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, je n'ai pas pu objectiver les signes et symptômes d'un registre dépressif selon la CIM-10, mais, comme c'est typiquement le cas dans la neurasthénie, il peut y avoir des manifestations telles que décrites plus haut, mais qui ne correspondent pas à un tableau dépressif.

Etant donné la présence du trouble somatoforme, nous devons examiner les *critères de Foerster* et nous constatons qu'il y a une comorbidité psychiatrique dans le sens d'une neurasthénie qui n'est pas handicapante. Il n'y a pas de cristallisation psychique. Il n'y a pas d'isolement social. L'assurée est suivie par un psychiatre, mais elle n'a jamais fait de tentative de suicide et elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. De plus, le dosage plasmatique concernant le *Trittico* est en-dessous de l'intervalle thérapeutique, donc l'assurée ne prend vraisemblablement pas le médicament.

En l'absence d'atteinte psychiatrique ayant des limitations psychiques handicapantes, cette assurée est capable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique.

Le pronostic reste réservé étant donné la présence du trouble somatoforme. »

cc) Dans un rapport du 15 juin 2015, la Dresse Q._____ du SMR, se fondant sur les rapports d'expertise bidisciplinaire susmentionnés, a retenu un syndrome somatoforme douloureux persistant et une neurasthénie en tant que diagnostics ne ressortant pas de l'AI. La capacité de travail était totale dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dresse Q._____ a mentionné des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg de manière répétitive.

Par avis médical du 8 février 2016, la Dresse Q._____ a exposé que les observations du Dr J._____ rejoignaient celles du Dr B._____, lequel retenait cependant une capacité de travail limitée. L'appréciation de ce dernier était très probablement marquée par une bienveillance liée à la relation entre le médecin traitant et la patiente. Par ailleurs, l'assurée était active à 30 % depuis une année dans une activité très proche de celle d'aide-soignante et paraissait très active également dans ses activités privées malgré la grande fatigue et les nombreuses douleurs qu'elle mettait en avant. La Dresse Q._____ a conclu que la fibromyalgie n'était pas incapacitante et qu'une nouvelle expertise ne semblait pas nécessaire.

Par projet de décision du 5 avril 2016, l'OAI a fait savoir à l'intéressée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente. Il a expliqué qu'il ressortait des éléments médicaux examinés par le SMR que les différentes atteintes qu'elle présentait n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans son ancienne activité. Celle-ci étant raisonnablement exigible, il n'existait aucun préjudice économique.

Le 5 juillet 2016, l'assurée, alors représentée par Me Annik Nicod, a fait part de ses observations sur ce projet de décision, en faisant valoir que son cas n'avait pas été examiné à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes. Par ailleurs, elle a en substance allégué qu'au vu des diagnostics posés par le Dr J._____, il n'était pas convaincant de retenir qu'ils n'entraînaient aucune répercussion sur la capacité de travail. En outre, le rapport de ce spécialiste comportait des contradictions, notamment lorsqu'il concluait à une capacité totale de travail tout en mentionnant des limitations relatives au port de charges.

Par décision du 7 octobre 2016, l'OAI a confirmé le projet de refus de rente du 5 avril 2016, dont il a repris à l'identique la teneur.

B. Par acte du 9 novembre 2016, P._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

La recourante a produit un avis médical du Dr G._____ du 7 avril 2017 indiquant que la fibromyalgie était susceptible de perturber le sommeil et d'affecter l'humeur de la recourante de par la chronicité des douleurs et des limitations qu'elle engendrait. Le psychiatre a précisé que la recourante souffrait de dépression.

Par arrêt rendu le 24 juillet 2017, la Cour des Assurances sociales a considéré que le rapport d'expertise du Dr J._____ du 13 mai 2015 avait pleine valeur probante et qu'il y avait lieu de se rallier à ses conclusions selon lesquelles, sur le plan somatique, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle était entière. Sur le plan psychiatrique, le Dr T._____ reconnaissait l'existence d'une comorbidité psychiatrique sous la forme d'une neurasthénie, qui n'était selon lui pas handicapante. Or, une comorbidité psychiatrique n'est plus prioritaire, de manière générale, selon la nouvelle jurisprudence (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Elle doit être prise en considération seulement en fonction de son importance concrète dans le cas particulier, notamment en tant qu'échelle de mesure pour estimer si elle prive l'assuré de certaines ressources. Ainsi, il manquait dans l'appréciation du Dr Ventura l'évaluation des ressources personnelles de l'assurée au regard d'éventuelles limitations des niveaux d'activité dans les domaines comparables de la vie (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). L'expert ne se prononce en particulier pas sur le degré de gravité fonctionnelle, sur la cohérence entre le degré de gravité fonctionnelle et les répercussions de l'atteinte à la santé dans les différents domaines de la vie, sur la structure de la personnalité de la recourante et les capacités inhérentes à sa personnalité. La Cour a considéré que les éléments ressortant de l'expertise du Dr T._____ n'étaient pas suffisants pour permettre un examen complet du cas à la lumière des indicateurs de l'ATF 141 V 281. Un complément d'expertise était dès lors nécessaire afin que le Dr T._____ se déterminât sur les nouveaux points évoqués par la

jurisprudence. Un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281 étant admissible, le dossier a été renvoyé à l'autorité intimée pour complément d'instruction dans le sens indiqué et nouvelle décision.

C. Le 7 décembre 2017, le Dr T. _____ a rendu le complément à son rapport d'expertise. Il a posé les diagnostics de neurasthénie (F48.0) et de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), sans incidence sur la capacité de travail. En substance, il a constaté que la fatigue et le côté passif de la neurasthénie primait sur le trouble somatoforme qui n'est pas d'un degré grave. Il n'a pas pu objectiver des signes et symptômes d'un état dépressif et a noté que les passages de tristesse que l'assurée a pu présenter font partie de l'évolution normale d'un trouble somatoforme et qu'il s'agit d'un signe clinique de la neurasthénie. Il a considéré qu'il n'y a pas de répercussions de l'atteinte dans ses loisirs et ses activités sociales et que, pour le ménage, elle bénéficiait de l'aide de son entourage.

On relève notamment les passages suivants :

« 2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assurée

Signalons que l'assurée ne se souvenait pas d'être venue à mon cabinet. Elle se montre démonstrative concernant ses symptômes.

Elle explique ne pas pouvoir travailler car elle a beaucoup de douleurs au dos, aux jambes, à la nuque et ceci tout le temps. Parfois elle va faire des injections.

Elle dit ne plus travailler depuis fin 2016, elle était aide-soignante à 50% selon ses dires. Elle travaillait pour une agence temporaire.

L'assurée ne dit pas à quelle heure elle va au lit, mais elle se lève plusieurs fois pendant la nuit à cause de ses douleurs.

Le ménage, la lessive, les commissions et les repas sont faits par sa fille et sa belle-fille, l'assurée fait sa toilette. C'est sa fille qui lui fait la coloration des cheveux une fois par mois.

L'assurée dit qu'elle ne regarde pas la télévision.

Elle rapporte que sa vie est en fonction de ses douleurs qui sont décrites comme insupportables.

Elle dit ne pas faire de promenade et qu'elle ne peut pas s'occuper de ses petits-enfants.

Les week-ends, elle fait pareil.

Dernières vacances avec ses enfants en juillet 2017 à Calabre, 2 semaines, ils sont allés en voiture. Elle dit se sentir beaucoup mieux en Calabre car elle a moins de douleurs qu'ici en Suisse. Là-bas elle reste avec sa famille, va vers sa mère et visite le reste de la famille.

...

4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels

L'assurée émarge au Service social, elle dit ne pas avoir de dettes, elle est connue de l'Office des poursuites mais elle ne sait pas pour quel montant. Ceci est la conséquence et non à l'origine de ses problèmes.

5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de l'assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.)

L'assurée est très bien soutenue par son réseau social, particulièrement sa famille, elle communique sans difficulté notamment concernant ce qu'elle appelle sa souffrance à cause des douleurs. Elle suit une thérapie depuis 7-8 ans à raison d'une fois par mois, avec un traitement antidépresseur.

II. ATTEINTE À LA SANTÉ

1. Manifestation et gravité des constats objectifs

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Il s'agit d'une assurée faisant son âge, les cheveux blonds et les yeux bruns. Elle mesure 160 cm pour un poids de 70 kg. Elle arrive 20 minutes en retard, c'est un ami de son fils qui l'a amenée en voiture ; elle-même a le permis mais elle dit ne pas pouvoir conduire. La collaboration est à la limite de celle à laquelle on peut s'attendre lors de la passation d'un examen d'expertise, dans le sens que l'assurée n'a pas voulu répondre à certaines de mes questions notamment concernant les activités habituelles. Je signale le côté démonstratif de ses douleurs pendant l'entretien.

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

L'assurée ne présente aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension, de la mémoire des faits récents ni celle d'anciens souvenirs. Bien que je n'aie pas fait de tests pour mesurer le coefficient intellectuel, cette assurée ne présente pas de problèmes à ce niveau-là.

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

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

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, signalons que l'assurée dit être triste tout le temps, ce que je n'ai pas pu objectiver au cours de l'entretien car l'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital est relativement bien conservé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assurée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle

n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Elle dit mal dormir à cause des douleurs.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif ou manipulateur, mais comportement fortement démonstratif par rapport à ses douleurs. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, au moment de l'entretien je n'ai pas pu objectiver de signes ou symptômes de ce registre, mais selon l'assurée elle présente des tensions et une nervosité en fonction des douleurs. Il n'y a pas de signes de claustrophobie, agoraphobie ou phobie sociale, ou encore des TOCs.

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

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

Par rapport aux conduites d'addiction, l'assurée ne fume pas. Elle ne boit pas d'alcool. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu mettre en évidence des signes ou des symptômes d'une dépendance aiguë ou chronique à l'alcool. Elle ne consomme pas de cannabis, héroïne ou cocaïne, ni des substances excitantes telles que les amphétamines ou l'ecstasy.

3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)

Mes constatations sont les mêmes que lors de mon rapport d'expertise de 2015. Le principal problème de cette assurée est la douleur et le sentiment qu'elle a de ne pas pouvoir faire grand-chose car elle estime sa douleur très handicapante, mais au moment de l'entretien ce qui ressort est une forte démonstrativité à la limite d'une exagération des symptômes somatiques.

Du point de vue psychique, je retiens la neurasthénie qui ne présente pas de limitations fonctionnelles.

Nous constatons que dans les activités journalières, il y a des bénéfiques secondaires importants dans le sens que toute la famille s'occupe d'elle et je signale également que les douleurs disparaissent quand elle part au sud de l'Italie où elle se sent beaucoup mieux.

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur

Il y a une forte démonstrativité au niveau des douleurs, à la limite d'une exagération des symptômes.

...

7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution

La neurasthénie, selon les critères de la CIM-10, est un trouble avec des variations culturelles importantes dans les manifestations qui comporte deux types essentiels ayant de nombreux points communs. Dans le premier type, la caractéristique essentielle est une plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associée à une certaine diminution des performances professionnelles et des capacités à affronter les tâches quotidiennes, comme c'est le cas chez l'assurée. La fatigabilité mentale est décrite

typiquement comme une distractibilité due à une intrusion désagréable d'associations et des souvenirs, une difficulté de concentration ou une pensée globalement inefficace. Dans le deuxième type, l'accent est mis sur des sensations de faiblesse corporelle ou physique et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, associés à des courbatures, des douleurs musculaires et une incapacité à se détendre, comme c'est le cas chez l'assurée. Il existe souvent une inquiétude concernant une dégradation de la santé mentale et physique, une irritabilité, une anhédonie, et des degrés variables de dépression et d'anxiété mineure. Il existe souvent une insomnie d'endormissement, une insomnie du milieu de la nuit et/ou une hypersomnie.

8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont elle dispose

L'atteinte à la santé est provoquée par la neurasthénie sur laquelle s'est greffé un trouble somatoforme sans limitations fonctionnelles qui empêchent cette assurée de travailler. Par ailleurs, cette assurée est intelligente et présente des ressources personnelles, je rappelle également qu'elle se sent beaucoup mieux quand elle est au sud de l'Italie qu'en Suisse.

...

3. Interactions des diagnostics :

Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

Chez l'assurée, la neurasthénie existe vraisemblablement depuis l'adolescence et sur laquelle s'est greffé un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigation médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

L'expert constate que le trouble somatoforme n'est pas d'un degré grave, ce sont plutôt la fatigue et le côté passif de la neurasthénie qui priment, je signale que bien qu'il n'y ait pas une exagération des symptômes, il y a une forte démonstrativité et que les plaintes démonstratives de l'assurée laissent insensible l'expert. Je signale également que l'assurée est suivie par un psychiatre depuis plusieurs années à une fréquence mensuelle, ce qui me paraît très espacé si l'assurée présentait une maladie d'un degré grave. Le *Brintellix* est dans la valeur thérapeutique. Par ailleurs, il s'agit d'une personne intelligente qui a des ressources personnelles qu'elle a pu

mettre en exergue tout au long de son existence et elle bénéficie de son réseau social.

IV. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

La thérapie est suivie dans les règles de l'art et l'assurée est compliant avec l'antidépresseur.

Concernant le dosage plasmatique, voici les résultats :

- Antidépresseurs :

· Vortioxétine (Brintellix®) : 28 ng/1(Taux recommandé : 10 - 40)

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées

L'assurée est coopérante.

3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assurée

L'expert s'interroge sur le fait que cette assurée est vue une fois par mois par son psychiatre, ce qui est un peu contradictoire avec une maladie fortement handicapante.

[...]

7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Etant donné le trouble somatoforme et l'impression de l'assurée d'être très malade, des mesures de réadaptation ne sont pas exigibles car vouées à l'échec.

V. COHÉRENCE

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée

Il n'y a pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, ainsi que mes propres observations. Je n'ai pas pu objectiver des signes et symptômes d'un état dépressif et je signale que les passages de tristesse que cette assurée a pu présenter font partie de l'évolution normale d'un trouble somatoforme et il s'agit également d'un symptôme clinique de la neurasthénie.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

Nous constatons que pour le ménage, l'assurée se fait aider par sa famille, mais dans les loisirs et activités sociales, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique.

3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

La neurasthénie a débuté durant l'adolescence et le trouble somatoforme a débuté vraisemblablement vers 2015.

4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques

L'assurée est notamment suivie par un psychiatre, mais à une fréquence mensuelle.

5. Analyse permettant de savoir si l'assurée présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie

Non, cette assurée ne présente pas une inaptitude à suivre une thérapie.

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

En l'absence de limitations fonctionnelles à caractère handicapant du point de vue psychiatrique, cette assurée a toujours été capable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici.

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

Dans une activité correspondant aux douleurs de l'assurée, celle-ci est capable de travailler à 100% du point de vue psychiatrique. »

Par projet de décision du 11 décembre 2017, l'intimé a fait savoir à la recourante qu'il entendait lui refuser le droit à une rente. Il a relevé qu'il ressortait du complément d'expertise qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante en toute activité et qu'il n'existait ainsi aucun préjudice économique.

Le 7 juin 2018, la recourante a produit un rapport très sommaire rédigé le 15 mai 2018 par le Dr G._____ qui constate l'existence d'un trouble dépressif récurrent sévère avec effet sur la capacité de travail depuis décembre 2016. Il indique que depuis le rapport du 30 septembre 2014, le status psychologique de la recourante se péjore lentement avec un trouble dépressif qui se chronicise. Il constate une thymie diminuée, une anhédonie, un trouble de la concentration et de la mémoire, un sommeil irrégulier, un appétit diminué étant précisé que la patiente dit souffrir de troubles digestifs chroniques qui la font grossir. Il ne relève pas d'idéation suicidaire. L'assurée présenterait une incapacité de travail à 100% depuis le 1^{er} septembre 2017. Sous la mention « énumérations des restrictions, mentales ou psychiques existantes ? », le médecin a répondu « sans activité, gère tout juste son quotidien transitoire ».

Le 20 juin 2018, la Dresse Q._____, médecin du SMR, a constaté que le dernier rapport médical du Dr G._____ se superposait avec ses précédents avis médicaux et n'apportait aucun élément nouveau.

Par décision du 26 juin 2018, l'intimé a confirmé le projet de refus de rente du 7 octobre 2016, le complément d'expertise confirmant que la recourante ne présentait pas d'atteinte incapacitante et, partant, n'accusait pas de préjudice économique.

D. Par acte du 30 juillet 2018, P._____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre cette décision, concluant avec suite de frais et dépens principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente dont les modalités seront fixées en cours d'instance, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimé pour nouvelle décision, plus subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimé pour complément d'instruction.

Le 29 octobre 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Alessandro Brenci ayant été désigné comme conseil d'office.

Dans ses déterminations du 27 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 4 février 2019, la recourante a renoncé à déposer des déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. 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'AI (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'AI (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).

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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail.

3. 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.

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 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 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

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).

Selon le Tribunal fédéral, 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).

4. La recourante allègue que son état de santé l'empêche de travailler, se référant à l'avis de ses médecins.

4.1. Sur le plan somatique, comme constaté par la présente Cour dans son arrêt du 24 juillet 2017, le Dr J._____ a posé les diagnostics de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi que de syndrome lombovertébral récurrent et de cervico-brachialgies, tous les deux chroniques et sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie. Le Dr J._____ a retenu une entière capacité de travail dans l'activité habituelle. Dans le cadre de son expertise, ce spécialiste a notamment analysé le dossier radiologique dont disposait l'assurée et a réalisé d'autres examens d'imagerie (soit des ultrasonographies des épaules, genoux, coudes, poignets, mains, articulations métacarpo-phalangiennes, interphalangiennes proximales et distales, ainsi que des radiographies de la colonne cervicale de face, de profil, oblique droite et gauche, cf. rapport d'expertise précité pp. 7 et 8). L'expertise a pour le surplus été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte de l'appréciation du Dr B._____. En outre, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et les conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, ses conclusions ayant au demeurant été confirmées par la Dresse Q._____ du SMR (cf. rapport du 15 juin 2015).

Comme constaté par la présente Cour dans son arrêt du 24 juillet 2017, les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de cette expertise. L'avis du Dr B._____, selon lequel, en particulier, le travail d'aide-soignante pourrait être réalisé à un taux de l'ordre de 40 %, avec une diminution de rendement de 40 %, ne constitue qu'une appréciation différente de la capacité de travail sur la base d'une même situation clinique (cf. rapport du 3 mars 2014 du Dr B._____. Par ailleurs, la recourante étant suivie depuis le 1^{er} mai 2012 par ce spécialiste, les constatations de ce dernier doivent être admises avec réserve (cf. consid. 4d supra). En outre, le fait que le Dr J._____ ait mentionné des limitations fonctionnelles relatives au port de charge n'exclut aucunement une pleine capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle. Le rapport de ce spécialiste ne comporte pas de contradiction et la recourante n'a présenté aucun élément nouveau susceptible de modifier l'appréciation de ce médecin.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du Dr J._____ et de considérer que, sur le plan somatique, la recourante présente une capacité de travail totale dans son activité habituelle.

4.2. Sur le plan psychiatrique, dans son rapport d'expertise du 1^{er} juin 2015 et son complément d'expertise du 7 décembre 2017, le Dr T._____ a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de neurasthénie (F48.0). Il a retenu que la recourante avait toujours été capable de travailler à 100 %. L'intéressée soutient que cette expertise ainsi que son complément ne respectent pas la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes.

4.2.1. 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 - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du

2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), et le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

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). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. 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 psychosocial 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 (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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Sur le plan du droit intertemporel, il y a lieu de procéder par analogie avec l'ATF 137 V 270, qui concerne les exigences requises dans un Etat de droit en matière d'expertises médicales. Selon cet arrêt, les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. 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 (ATF 137 V 270 précité consid. 6 in initio). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'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 précité consid. 8).

4.2.2. A titre préliminaire, la recourante formule divers griefs relatifs à l'administration des preuves, en particulier au complément d'expertise et à la prise en compte des autres offres preuves.

Elle soutient qu'elle n'a été entendue que 10 à 15 minutes lors du complément d'expertise, ce qui ne serait pas suffisant pour parvenir à une appréciation globale de son cas. Il est précisé d'emblée qu'on ignore la durée de l'entretien dès lors qu'elle n'est pas mentionnée dans le rapport. Quoi qu'il en soit, on relève que l'expert avait déjà vu la recourante lors de l'expertise et qu'il ne la voyait uniquement afin d'effectuer le complément d'expertise requis. Ce grief est mal fondé dès lors qu'il appartient à l'expert de décider de la durée de l'entretien qui lui est nécessaire pour effectuer sa mission.

La recourante reproche à l'expert de ne pas examiner les répercussions de son atteinte sur le travail et la vie quotidienne. Or, l'expert a indiqué que la recourante avait refusé de répondre à certaines de ses questions au sujet de ses activités habituelles ; elle est ainsi mal venue de faire grief à l'expert de ne pas examiner de manière exhaustive les conséquences de l'atteinte sur toutes ses activités. L'expert a considéré qu'il n'existait pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique ; il a relevé que les douleurs diminuaient lorsque l'assurée était en vacances où elle allait faire des visites à sa famille ; il a noté que, pour les tâches ménagères, elle bénéficiait de l'aide de sa famille ajoutant que l'assurée avait été en mesure d'exercer une activité professionnelle à temps partiel jusqu'à fin 2016. Sur le fond, on examinera plus bas l'impact de l'atteinte sur ses activités en prenant en compte l'intégralité du dossier, le complément d'expertise étant à mettre en lien avec le rapport d'expertise qu'il complète.

Dans un autre grief, la recourante fait valoir que l'intimé n'aurait pas pris en compte le dernier rapport médical qu'elle a produit (du 15 mai 2018). Tel n'est pas le cas puisque le SMR l'a examiné le 20 juin 2018 et n'y a pas décelé d'élément nouveau susceptible de modifier son

appréciation. Sur le fond, l'appréciation de ce rapport sera examinée plus bas.

Enfin, la recourante soutient que le complément d'expertise ne répond pas aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques. Sur ce point, on peut donner acte à la recourante que le complément d'expertise est parfois succinct sur certains points. Néanmoins, on note que la collaboration de la recourante n'a pas été optimale puisqu'elle a refusé de répondre à certaines questions de l'expert sur ses activités habituelles. En outre, le complément est à mettre en relation avec le rapport d'expertise qu'il complète. On constate que le rapport d'expertise et son complément ont été établis sur la base d'une bonne connaissance du dossier, qu'ils prennent en compte les plaintes de l'assurée, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et que les conclusions de l'expert sont motivées. On peut ainsi admettre de leur reconnaître une pleine valeur probante. Sur le fond, il appartiendra à la Cour de céans d'examiner si les éléments de preuve existants sont suffisants pour se prononcer conformément au droit fédéral. Dans les considérants qui suivent, la Cour examinera ainsi si l'expertise et son complément, 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. En effet, il appartient au médecin de retenir – ou non – le diagnostic en fonction de critères médicaux et non jurisprudentiels et au juge d'en évaluer le caractère invalidant au regard des indicateurs développés par la jurisprudence (TF 9C_176/2018 consid. 3.2.2. du 16 août 2018).

4.2.3. Il y a lieu d'examiner en premier lieu les diagnostics et l'existence d'éventuels motifs d'exclusion du droit à des prestations, puis les différents indicateurs permettant de déterminer le degré de gravité fonctionnel et la cohérence des troubles, afin d'apprécier au final la capacité de travail de la recourante.

4.2.3.1. En l'occurrence, dans son expertise du 1^{er} juin 2015, le Dr T._____ a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles il

excluait le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé par le Dr G. _____ dans son rapport du 30 septembre 2014. Le Dr T. _____ a notamment exposé que du point de vue anamnestique et qu'au moment de l'entretien, il n'avait pas pu objectiver les signes et symptômes d'un registre dépressif. En particulier, il n'y avait pas de sentiment d'inutilité ou de ruine, d'idées noires ou d'envies suicidaires, ni de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. L'élan vital était relativement bien conservé. Dans son complément d'expertise, le Dr T. _____ a confirmé l'exclusion de l'épisode dépressif sévère, précisant qu'il n'avait pas pu objectiver des signes et symptômes d'un état dépressif. Il signalait que les passages de tristesse que la recourante avait pu traverser faisaient partie de l'évolution normale d'un trouble somatoforme et qu'il s'agissait également d'un symptôme clinique de la neurasthénie.

Le Dr T. _____ a retenu comme diagnostics une fibromyalgie comparable à un trouble somatoforme (F45.4), ainsi qu'une neurasthénie (F48.0). Les diagnostics sont posés sur la base de la CIM-10, donc sur un système de classification médicale reconnu. L'expert a étayé ses diagnostics en expliquant que l'assurée se plaignait fondamentalement de douleurs un peu partout dans son corps, d'une grande fatigue, ainsi que de maux de tête, symptômes qui avaient tendance à diminuer lorsqu'elle était avec sa famille en ...]Italie. Il a indiqué que la neurasthénie existait vraisemblablement depuis l'adolescence et que le trouble somatoforme s'était ensuite greffé sur cette atteinte. Ainsi, le trouble présenté par la recourante correspond à la définition de cette atteinte, qui mentionne comme « plainte essentielle », une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse ». L'expert a constaté en outre que ce trouble assurait à la recourante une aide et une sollicitude accrues de la part de l'entourage et des médecins, ce qui était un élément qui confirmait le diagnostic.

Par ailleurs, les diagnostics résistent à des motifs d'exclusion. En effet, l'expert a signalé qu'il y avait une forte démonstrativité des symptômes et, quand bien même les plaintes démonstratives de l'assurée

le laissent insensible, il ne retenait toutefois pas une exagération des symptômes. A cet égard, la recourante reproche à l'expert de lui donner une image négative en indiquant qu'elle est démonstrative, ce qui ne serait pas pertinent. Or, l'exagération des symptômes est précisément un élément qui doit être examiné par l'expert afin que le juge puisse déterminer s'il existe un motif d'exclusion des prestations. L'expert a en outre relevé l'absence de discordance entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée, ainsi que ses propres observations. Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir l'existence d'un motif d'exclusion.

Les diagnostics ayant été valablement posés par l'expert, il y a lieu d'en évaluer le caractère invalidant au regard des indicateurs posés par la jurisprudence, compte tenu des constatations médicales.

4.2.3.2. Le degré de gravité fonctionnel sera examiné sous l'angle de l'atteinte à la santé, de la personnalité et du contexte social.

4.2.3.2.1. Dans le cadre de l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, on relève d'emblée que les manifestations concrètes de l'atteinte à la santé sont en l'occurrence difficiles à évaluer compte tenu du comportement de la recourante. En effet, pour ce qui concerne les douleurs, la démonstrativité de la recourante, à la limite de l'exagération selon les termes de l'expert, rend difficile l'appréhension de manière très concrète et claire des conséquences de l'atteinte sur sa santé. Quant à sa fatigue, il est difficile d'évaluer avec exactitude son impact sur ses tâches quotidiennes dès lors qu'elle a refusé de répondre à certaines questions sur ses activités habituelles. Il y a lieu d'examiner si certaines plaintes peuvent être objectivées malgré le comportement de la recourante. Cette dernière indique qu'elle est fatiguée et qu'elle ne dort pas bien à cause de ses douleurs ; ces déclarations sont toutefois très vagues et donnent peu d'indications. On ne saurait ainsi constater que les symptômes ont un caractère prononcé puisque la recourante ressent le besoin de recourir à la démonstrativité et qu'elle refuse d'expliquer concrètement et de manière complète comment elle occupe ses journées. Or, on rappelle que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la recourante. L'expert

relève que la neurasthénie, dont la recourante souffre vraisemblablement depuis l'adolescence, n'engendre pas de limitation fonctionnelle ; cette atteinte ne l'a en effet pas empêché de faire ses activités professionnelles et quotidiennes avant 2017 et rien n'indique que la neurasthénie se serait péjorée en 2017 à tel point que l'assurée serait tout à coup totalement incapable de travailler et de gérer son quotidien. Il en est de même pour ce qui concerne le trouble somatoforme, l'expert ne retient pas de limitation fonctionnelle, l'assurée ne ressentant plus les douleurs lorsqu'elle est en vacances en Italie et ayant recours à une forte démonstrativité durant l'entretien. D'ailleurs, à titre de limitations fonctionnelles, le Dr G. _____ mentionne, dans son rapport du 7 juin 2018, l'absence d'activité et le fait qu'elle gère tout juste son quotidien ; or, l'inactivité n'est pas une limitation due à l'atteinte. Quant au fait qu'elle gère tout juste son quotidien, ce n'est pas une véritable limitation fonctionnelle puisqu'elle parvient tout de même à le gérer et qu'elle bénéficie de l'aide de tiers pour les difficultés qu'elle peut rencontrer. En outre, on renvoie aux considérations indiquées plus bas sous ch. 4.2.3.3. sur les répercussions de l'atteinte à la santé dans le cadre de l'examen de la cohérence.

Le déroulement et l'issue d'éventuel traitement sont également des indicateurs du degré de gravité. A cet égard, l'expert constate que l'assurée est suivie sur le plan psychothérapeutique à raison d'une séance mensuelle depuis plusieurs années et qu'elle suit un traitement antidépresseur, soit la vortioxétine. Si l'expert relève dans son complément d'expertise de 2017 que la thérapie est suivie dans les règles de l'art et que l'assurée est compliant au traitement, tel n'a pas toujours été le cas. En effet, l'expert constatait en 2015 qu'elle ne prenait pas toujours sa médication et le Dr G. _____ indiquait en février 2014 que la recourante n'était plus suivie depuis de nombreux mois, ajoutant qu'elle n'était plus malade. Ainsi, en l'absence d'une coopération optimale de la recourante sur le long terme, un pronostic négatif ne peut pas être posé. Les troubles dont la recourante est atteinte ne sont pas qualifiés de graves par l'expert, qui relève que la fréquence des séances thérapeutiques lui paraît insuffisante.

Le succès ou la résistance lors d'une réadaptation constituent un autre indicateur pour évaluer le degré de gravité fonctionnel. L'expert a observé sur ce point qu'étant donné que la recourante avait l'impression d'être très malade, les mesures de réadaptation étaient vouées à l'échec. La recourante a déclaré ne pas pouvoir travailler à cause de ses douleurs, elle ne se sentait plus les ressources pour travailler, dans le social en particulier, mais n'avait pas d'autre métier. Il est rappelé qu'elle travaillait à temps partiel dans une activité proche de son activité habituelle jusqu'à fin 2016. Puis, il n'y a eu aucune tentative de réadaptation, de sorte que l'on peut penser que des ressources sont existantes sur ce plan.

Enfin, sans revêtir la prépondérance qui lui était accordée sous l'ancienne jurisprudence, l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit notamment être prise en compte en tant qu'échelle de mesure en vue de déterminer dans quelle proportion elle prive l'assuré de certaines ressources. Or, en l'espèce, selon l'expert, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique invalidante chez l'assurée. Par ailleurs, s'agissant des interactions entre les diagnostics, l'expert a considéré que le trouble somatoforme n'était pas d'un degré grave et que les symptômes de fatigue et passivité de la neurasthénie primaient, lesquels n'étaient pas invalidants en l'espèce.

En définitive, sous l'angle de l'atteinte à la santé, les indicateurs témoignent d'un degré de gravité fonctionnel plutôt léger.

4.2.3.2.2. Il s'agit ensuite de déterminer les ressources personnelles à disposition de la recourante sous l'angle du développement et de la structure de la personnalité, des fonctions psychiques de base, etc. En l'espèce, la recourante communique sans difficulté, ne présente pas de trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension et de la mémoire. Elle ne présente pas de troubles formels de la pensée ni de troubles de la perception. Elle ne présente pas de signe ou de symptôme parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, ni de signes objectifs du registre anxieux. Il n'y a pas de comorbidité qui la priverait de ses

ressources. En revanche, elle présente des sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement, sans sentiment d'inutilité ou de ruine, et l'élan vital est relativement bien conservé. Selon l'expert, la recourante dispose de bonnes ressources et a ainsi pu poursuivre une activité à temps partiel jusqu'à fin 2016.

Sous l'angle de la personnalité, les indicateurs présentent également un degré de gravité fonctionnel plutôt léger, la recourante disposant de bonnes ressources personnelles.

4.2.3.2.3. On examine encore dans quelle mesure des ressources mobilisables peuvent être tirées du contexte de vie de l'assurée, comme du soutien pouvant être obtenu de son réseau social. L'expert a observé que la recourante était très bien soutenue par son réseau social, en particulier sa famille. En effet, le ménage, la lessive, les commissions et les repas sont faits par sa fille et sa belle-fille. Sa fille lui fait la coloration des cheveux une fois par mois. Un ami de son fils l'a conduite à l'entretien avec l'expert dès lors que la recourante conduit peu, voire plus du tout selon ses dernières déclarations. Elle part en vacances visiter sa famille en Italie, avec ses enfants, ce qui lui apporte beaucoup de bien-être. Non seulement aucune difficulté familiale n'est relevée, mais la vie familiale constitue un réseau intact lui offrant de très bonnes ressources mobilisables.

4.2.3.2.4. En définitive, il y a lieu de retenir que la recourante dispose de ressources suffisamment importantes pour compenser les légères limitations fonctionnelles dues à l'atteinte à la santé.

4.2.3.3. S'agissant de la cohérence des troubles, il convient de se demander si la limitation se manifeste de la même manière sur le plan de l'activité lucrative (respectivement de l'activité habituelle pour les personnes sans activité lucrative) que sur le plan des autres domaines de la vie (par exemple l'organisation des loisirs). Puis, il faudra s'interroger sur la compliance de l'assurée au traitement pour évaluer le poids effectif

des souffrances au regard de la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés.

La recourante invoque que ses limitations fonctionnelles relèvent de la fatigue et des douleurs qui rendent toute activité impossible. L'expert n'a pas retenu de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique pour les loisirs et les activités sociales et a constaté que l'assurée se faisait aider par sa famille pour le ménage. Lorsqu'elle exerçait encore une activité professionnelle, en 2015, l'expert a relevé que la recourante avait travaillé les 5-6 dernières années malgré les symptômes de douleurs et de fatigue ; elle s'occupait en outre du ménage, des courses, des repas, de la lessive. En effet, lors de l'expertise en 2015, elle s'occupait d'une personne âgée à domicile, faisait sa toilette, préparait le petit-déjeuner, allait se promener avec sa patiente et, le reste du temps, elle restait à la maison à dormir, s'occupait du ménage, de la lessive, des commissions et des repas, elle regardait peu la télévision, ne supportait pas ses petits-enfants et conduisait occasionnellement la voiture. Lors du complément d'expertise en 2017, elle ne travaille plus, ne conduit plus, ne fait plus les tâches ménagères, les courses et les repas qui sont exécutés par sa fille et sa belle-fille, elle ne regarde pas la télévision, ne fait pas de promenade, ne peut pas s'occuper de ses petits-enfants.

On constate dès lors que l'assurée était insérée professionnellement et socialement jusqu'à fin 2016. Il n'y a pas d'éléments plaidant en faveur de l'existence de limitation avant fin 2016, que ce soit dans la vie professionnelle, sociale ou familiale dès lors qu'elle était en mesure d'effectuer toutes les activités décrites plus haut. Dès 2017, elle n'exerce plus d'activité lucrative et ne fait plus ses tâches ménagères qui sont exécutées par son entourage. Or, il n'y a pas d'élément permettant de retenir que la recourante a arrêté son travail et les tâches ménagères pour des raisons liées à ses atteintes à la santé. La recourante se plaint toujours des mêmes douleurs et de fatigue qu'avant la cessation de toutes ses activités. Il n'y a pas de précision dans ses propos pour expliquer en quoi ses fonctions seraient davantage limitées

depuis fin 2016 ; elle a d'ailleurs refusé de répondre à l'expert à certaines questions au sujet de ses activités habituelles actuelles. Elle a produit un rapport médical de son psychiatre, le Dr G._____, qui indique que l'état de santé de la recourante se péjore depuis 2014 avec un trouble dépressif sévère qui se chronicise ; il ne donne toutefois aucun élément permettant d'objectiver ce constat et ne donne ni les signes ni les symptômes lui permettant de faire ce diagnostic. Or, l'expert a écarté le diagnostic de trouble dépressif de manière convaincante, comme on l'a vu plus haut. Le Dr G._____ atteste d'une incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2017 sans toutefois donner de précision ni sur les motifs ni sur les éléments qui lui ont permis de constater cette péjoration, ni sur la date ou l'événement qui aurait donné lieu à une telle péjoration ; on rappelle qu'à titre de restrictions existantes, il indique que la patiente est sans activité et qu'elle gère tout juste son quotidien « transitoire ». Le médecin de la recourante ne donne aucun élément permettant de constater une péjoration de l'état de santé ; même les limitations fonctionnelles qu'il note ne sont pas expliquées. Sur ce dernier point, on relève encore que l'absence d'activité est un facteur limitant qui est étranger à l'état de santé et n'est donc pas une limitation consécutive à l'atteinte à la santé. Quant au fait que la recourante gère tout juste son quotidien « transitoire », cet élément est trop vague pour en tirer de quelconques conclusions et ne fait pas état de restrictions ; en outre, on constate que la recourante bénéficie de l'aide de ses proches pour les tâches qu'elle dit ne plus effectuer. Ce rapport est émis par le médecin de la recourante de sorte que son appréciation nécessite une grande prudence ; en outre, il est des plus succincts, non motivé, ni circonstancié, de sorte que sa valeur probante est faible.

Si l'on reprend les constatations de l'expert en 2015 et en 2017, on ne discerne aucun indice de péjoration de l'état de santé de l'intéressée, ni dans le cadre de l'examen clinique, ni dans les observations faites par l'expert, ni dans les plaintes de la recourante. La modification essentielle existant entre ces deux périodes est le fait que la recourante ne travaille plus et ne fait plus de tâches ménagères sans que l'on puisse mettre ces faits en relation avec une quelconque péjoration de

son état de santé. La recourante et son psychiatre traitant ne disent pas en quoi la situation serait devenue insurmontable, ni en quoi les conséquences de l'atteinte rendraient toute activité inexigible. Ainsi, malgré que la recourante est suivie régulièrement par son psychiatre et que celui-ci savait qu'une procédure de demande AI était en cours, la recourante n'a pas produit d'avis médical circonstancié décrivant de manière objective et détaillée une péjoration de l'état de santé et des limitations fonctionnelles incapacitantes susceptibles de jeter le doute sur les constatations de l'expert.

On relève qu'en 2015 et en 2017, la recourante a indiqué qu'elle allait beaucoup mieux, qu'elle avait moins de douleurs lorsqu'elle était en vacances en Calabre et qu'elle allait faire des visites aux membres de sa famille. Ses plaintes sont ainsi moins importantes durant ses loisirs, de sorte que l'on doit constater que ses limitations ne sont pas uniformes. Puis, comme on l'a vu plus haut, sa compliance au traitement n'est pas régulière ni optimale, ce qui indique une cohérence peu convaincante entre le comportement de l'assurée et les traitements mis en œuvre. L'expert a relevé l'incohérence entre les souffrances gravement handicapantes invoquées par la recourante et la fréquence des séances chez le psychiatre qui n'avaient lieu qu'une fois par mois. Pour le reste, l'expert n'a pas décelé d'incohérence entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, étant rappelé qu'il a aussi indiqué à maintes reprises la forte démonstrativité des douleurs durant l'entretien.

Dès lors, il n'y a pas d'élément démontrant que l'atteinte à la santé a un impact tel que la recourante ne serait plus en mesure d'effectuer les activités et tâches qu'elle effectuait en 2015, période lors de laquelle elle était capable de travailler et de gérer son quotidien sans limitation. Son inactivité actuelle dans toute activité ne trouve aucun fondement justificatif ni dans les avis médicaux au dossier, ni dans l'expertise, ni même dans les déclarations de la recourante.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait considérer qu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. La preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée.

4.2.3.4. Au moment de faire la balance entre les déficits fonctionnels et les ressources de la recourante, on constate que jusqu'à fin 2016, la recourante avait les ressources nécessaires pour exercer son activité professionnelle habituelle et ses tâches ménagères et que rien ne permet de constater qu'elle aurait perdu ses ressources ou augmenté ses limitations fonctionnelles dès 2017. Sur ce point, de simples et vagues déclarations de la recourante, selon lesquelles elle ne peut pas travailler à cause de ses douleurs et de la fatigue, ne sont pas suffisantes et son psychiatre traitant ne fait pas de constat permettant de tirer de telles conclusions. On observe qu'elle a su trouver des ressources supplémentaires auprès de son entourage pour lui apporter du soutien dans l'exécution des tâches ménagères. Il convient de retenir que la recourante dispose ainsi des ressources suffisantes en vue de fournir l'effort raisonnablement exigible de sa part pour l'exercice d'une activité habituelle.

En conséquence, il y a lieu de constater l'absence d'incapacité de travail pour une activité habituelle sur le plan psychiatrique.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

La procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devra supporter les frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD), arrêtés à 400 francs. Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence (cf. décision de la juge

instructrice du 29 octobre 2018), le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

Le 13 mars 2019, Me Brenci a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente cause. Il a chiffré ses opérations à 4 heures et 20 minutes et ses débours à 16 fr. 30. L'indemnité sera fixée à 851 fr. 15, soit 774 fr. d'honoraires (4.3 x 180), 16 fr. 30 de débours et 60.85 de TVA.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant 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 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 26 juin 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.

- III.** L'indemnité d'office de Me Alessandro Brenci s'élève à 851 fr. 15 (huit cents cinquante-et-un francs et quinze centimes), TVA et débours compris.

- IV.** Le 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,

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Brenci, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :