

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre, juge, et Petremand, juge
suppléante,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

T._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 61 let. c LPGA et art. 28 al. 1 let b et c LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 8 janvier 1971 a exercé des activités lucratives en Suisse dès 1989. A partir du 1^{er} octobre 1995, elle a travaillé à plein temps comme sommelière pour le restaurant le [...], à [...].

Le 19 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a alors indiqué qu'elle était atteinte dans sa santé depuis 1998 et qu'elle avait demandé à son employeur de travailler à mi-temps à partir du mois de juillet 1998. Son employeur a confirmé le 10 mai 2000 dans le questionnaire pour l'AI qu'elle travaillait à 50% depuis juin 1998 pour un salaire annuel de CHF 24'000.-.

Par rapport du 4 mai 2000, le Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombo-sciatalgies droites chroniques persistantes - avec troubles statiques et discrètement dégénératifs rachidiens et de dysbalances musculaires étagées -, de troubles statiques plantaires, de probable état anxieux réactionnel ainsi que de probable ancienne hypermobilité articulaire.

Par rapport du 23 août 2002, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé comme diagnostics des dorsalgies et sciatalgies chroniques sur discopathie dégénérative depuis début 1998, ainsi qu'un état dépressif discret avec somatisations. Il attestait d'une incapacité d'au moins 50% dans l'activité de serveuse, due surtout au problème somatique, à partir du début de l'année 1998. Sur le plan psychiatrique, ce praticien retenait un pronostic favorable si des mesures de formation professionnelle adéquates pouvaient lui être proposées.

A l'occasion d'un rapport d'examen du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 25 novembre 2002, le Dr

A._____, spécialiste en médecine interne générale, a retenu, en tant qu'atteintes principales à la santé, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et un trouble somatoforme douloureux, ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques en tant que pathologie associée. Ce médecin retenait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de soulèvement de poids de plus de 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, la possibilité d'alterner les positions au travail).

Par décisions du 22 juin 2005, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 60%, à partir du 1^{er} juin 2000, puis un trois-quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2004.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit aux prestations de l'assurance-invalidité initiée au mois de décembre 2013, l'OAI a notamment recueilli un rapport médical du 25 mars 2014 du Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a posé les diagnostics de syndrome polyalgique idiopathique diffus depuis 1999, de trouble dépressif récurrent, de dyspepsie et d'une colopathie fonctionnelle, tout en mentionnant une situation globale stable. Ce médecin précisait en outre les éléments suivants:

Cette patiente est suivie à ma consultation depuis octobre 2013 (...). Elle présente toujours des douleurs ostéoarticulaires diffuses au niveau des vertèbres, des épaules, des coudes, des hanches, des genoux et des chevilles, surtout à droite. Elle se plaint également de céphalées, de douleur digestive avec trouble du transit. Sur le plan psychologique, l'humeur reste labile et elle bénéficie d'un suivi psychothérapeutique épisodique auprès de la Dresse [...], Psychiatre à [...]. Au niveau du status, on retrouve les douleurs ostéo-articulaires reproductibles à la palpation ou à la mobilisation articulaire. Une gastroscopie en 2009, 2011 et 2013 s'était révélée normale. Une colonoscopie en 2013 était revenue normale.

Selon le Dr P._____, le pronostic était sombre au vu de l'absence d'évolution symptomatique durant ces quinze dernières années, malgré un suivi médical régulier et diversifié.

Le 26 mai 2014, l'OAI a informé l'assurée que l'établissement d'un examen médical approfondi était nécessaire. La réalisation de cet examen a été confiée au [...] (ci-après : [...]), à [...].

Par rapport d'expertise du 28 octobre 2014, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr V._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4), de protrusion discale en L5-S1 (2004), de troubles statiques modérés du rachis (2000), d'hypertension artérielle, de maladie de reflux et de colopathie fonctionnelle. Selon ces médecins, ces pathologies n'avaient pas d'influence significative et durable sur la capacité de travail de l'assurée, laquelle avait récupéré une capacité de travail entière « *à une date qu'il n'est pas possible de déterminer* ». Quant aux conclusions, elles se présentaient comme suit :

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme. Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'anamnèse actuelle n'apporte pas d'élément nouveau. L'expertisée se plaint toujours de douleurs diffuses, chroniques, touchant pratiquement l'ensemble du corps. Cela s'accompagne d'une fatigue importante. Ces éléments seraient les facteurs limitants. Du point de vue objectif il n'y a pas de limitation significative de la mobilité articulaire, de signe inflammatoire ou de troubles dégénératifs importants. La discopathie L5-S1 mise en évidence à l'IRM ne permet pas d'expliquer les plaintes. Selon l'expertisée, un bilan biologique effectué à plusieurs reprises n'a pas montré de syndrome inflammatoire ou mis sur la piste d'une pathologie ostéo-articulaire spécifique. A l'examen clinique les zones du corps déclarées douloureuses à la palpation vont au-delà de ce que l'on rencontre habituellement dans la fibromyalgie. En conclusion, le tableau évoque un probable trouble douloureux somatoforme persistant. Quoi qu'il en soit, que l'on dénomme la symptomatologie douloureuse de l'expertisée par le terme de syndrome polyalgique idiopathique diffus, fibromyalgie ou trouble douloureux somatoforme persistant, du point de vue rhumatologique, il n'y a pas d'incapacité de travail.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et notre observation, nous retenons un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Les plaintes douloureuses sont au

premier plan. A cela s'ajoutent de multiples plaintes sur le plan psychique. Ces plaintes contrastent avec un examen clinique normal. Madame T. _____ a présenté des épisodes dépressifs dans le passé, notamment il y a trois ans suite à une IVG. Actuellement elle ne présente pas d'épisode dépressif et l'on considère que son trouble dépressif récurrent est en rémission (F33.4). On note que la compliance au Cymbalta est bonne et que le taux plasmatique est thérapeutique. En revanche le taux est infrathérapeutique pour le Tramadol. Il n'y a pas d'autres comorbidités, notamment pas d'autres troubles anxieux, ni de troubles de la personnalité. Toutefois, l'état psychique nécessite apparemment la poursuite d'un traitement antidépresseur, mais il ne nécessite plus la prise en charge psychothérapeutique, prise en charge qui avait eu lieu entre 2000 et 2002 et entre mars et septembre 2012 auprès de la Dresse Schnyder. Cette dernière précise qu'elle a vu l'assurée à cinq reprises, mais que cette dernière a mis un terme à ses consultations en septembre 2012. Madame T. _____ conserve une vie sociale globalement satisfaisante, même si elle aimerait pouvoir recevoir plus souvent. Elle ne présente pas de limitations fonctionnelles et elle peut exercer son activité à 100% soit 8 heures par jour, sans diminution de rendement. Il n'y a pas d'indication à la mise en place de mesures de réinsertion professionnelle. Aucun élément rapporté par Madame T. _____ ne laisse entendre que les épisodes dépressifs sont suffisamment sévères pour justifier des périodes d'incapacité de travail transitoire. En conclusion, l'expertisée présente un trouble somatoforme qui n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. La capacité de travail est complète en temps et rendement, sans limitation.

Dans un avis médical SMR du 14 novembre 2014, le Dr H. _____ a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré du fait que l'épisode dépressif moyen présent lors de l'instruction initiale s'était complètement amendé, l'assurée disposant désormais d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle depuis une date non déterminable.

Par projet de décision du 10 janvier 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité.

Par acte de son conseil, Me Flore Primault, du 9 février 2017, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, estimant que celui-ci n'était fondé que sur une appréciation différente d'un état de fait médical inchangé, de sorte que sa situation ne représentait pas un motif de révision de rente. En particulier, elle considérait que les symptômes

relevés dans l'expertise médicale étaient pratiquement les mêmes que ceux ayant conduit à l'octroi de la rente, mis à part la personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques qui n'était plus retenue par les experts. L'assurée considérait qu'elle souffrait encore d'un trouble somatoforme douloureux et de plusieurs atteintes somatiques détaillées dans son dossier médical.

Par communication du 22 février 2017, l'OAI a alloué à l'assurée une mesure d'entraînement à l'endurance, laquelle s'est déroulée du 27 février au 26 mai 2017. Alors qu'elle devait initialement assurer un taux de présence de six heures par semaine, l'assurée n'a pas été en mesure d'augmenter ce taux au cours de la mesure.

Par décision du 19 juin 2017, l'OAI a supprimé, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, la rente d'invalidité allouée à l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2004 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

Par décision du 1^{er} septembre 2017, l'OAI a mis un terme aux mesures de nouvelle réadaptation qu'il avait allouées et fixé le moment de la suppression de la rente au 1^{er} juin 2017.

C. **a)** Par acte du 25 juillet 2017 (cause AI 233/17), T._____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision du 19 juin 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la restitution de l'effet suspensif au recours, à l'établissement, au besoin, d'une expertise complémentaire, à l'annulation de la décision précitée ainsi qu'au maintien de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité « sous la forme d'une rente entière ».

S'agissant de la restitution de l'effet suspensif, l'assurée soutenait que l'OAI n'avait aucune raison convaincante de retirer l'effet suspensif en supprimant sa rente entière d'invalidité après dix-sept ans sur la base d'une expertise incomplète et dépourvue de valeur probante s'agissant du volet psychiatrique. Sur ce dernier point, elle estimait que le

rapport d'expertise du [...] du 28 octobre 2014 n'était pas fondé sur un examen complet, qu'il ne prenait pas en considération ses plaintes, que ses conclusions étaient contradictoires par rapport au dossier, que l'anamnèse comportait des erreurs considérables ayant une incidence sur la prise en compte de sa situation et que l'examen psychiatrique avait été effectué de manière très rapide, contrastant avec des plaintes cohérentes, constantes, dont la réalité avait été observée notamment par plusieurs médecins (fatigue dès le réveil, insomnies récurrentes, troubles mnésiques).

En ce qui concernait les conditions de la révision, elle considérait que sa situation ne constituait pas un cas d'application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, du fait que sa rente avait été octroyée sur la base d'un trouble dépressif récurrent et non en raison d'un syndrome sans pathogénèse, ni étiologie claires et sans constats de déficit organique. Elle faisait valoir que l'OAI ne pouvait donc pas supprimer sa rente, son état de santé n'ayant pas évolué. De plus, elle alléguait que l'OAI n'avait pas jugé son cas à l'aune des indicateurs déterminants selon la nouvelle jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281) et n'avait nullement procédé à une vérification libre des indications fournies, notamment si l'appréciation de l'exigibilité avait été effectuée sur une base objectivée. Selon son analyse des indicateurs, en particulier de ceux liés aux ressources, à l'atteinte à la santé, à la résistance au traitement et à la cohérence, elle présentait un trouble somatoforme invalidant, ce que la mesure d'endurance décidée par l'OAI avait permis de démontrer. Enfin, elle mettait en exergue que la structure de sa personnalité émotionnellement labile à traits abandonniques ne semblait pas avoir été prise en compte, de même qu'une éventuelle interaction entre le trouble dépressif récurrent et le trouble somatoforme douloureux.

b) Dans sa réponse du 20 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, rappelant que l'assurée avait été mise au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1^{er} juin 2000 et d'un trois-quarts de rente depuis le 1^{er} janvier 2004, sur la

base d'un examen clinique psychiatrique de novembre 2002. L'OAI soulignait que l'expertise pluridisciplinaire datée du 28 octobre 2014 avait permis de démontrer une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle, y compris son activité habituelle de sommelière.

c) Par réplique du 25 septembre 2017, T. _____ a confirmé ses conclusions.

d) Par ordonnance du 27 septembre 2017, le juge instructeur de la Cour de céans a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif.

D. **a)** Par acte du 6 octobre 2017 (cause AI 319/17), T. _____, par l'intermédiaire de son mandataire, a déféré la décision du 1^{er} septembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'assurée a conclu préalablement à la jonction des causes, principalement à l'annulation de la décision et au constat d'un droit aux mesures de nouvelle réadaptation, et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Le 10 octobre 2017, le juge instructeur de la Cour de céans a joint les causes AI 233/17 et AI 319/17 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56,

58 LPGA et art. 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). Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposés en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), les deux recours sont recevables.

2. Le litige a pour objet la suppression, par voie de révision, du trois-quarts de rente de l'assurance-invalidité alloué à la recourante depuis le 1^{er} janvier 2004.

3. A titre liminaire, il convient de constater que les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet) ne sont pas applicables en l'espèce, dans la mesure où, comme il le sera démontré ci-après, l'on se trouve dans le cadre d'une modification de l'état de fait - l'état de santé de la recourante s'est amélioré - conduisant à l'application de l'art. 17 al. 1 LPGA.

4. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. L'incapacité de travail est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Seule l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée

permanente ou de longue durée est réputée invalidité au sens de l'art. 8 LPGA.

b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

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, l'office intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante était désormais totale et supprimé le trois-quarts de

rente d'invalidité qui lui avait été alloué depuis le 1^{er} janvier 2004. Pour se faire, il s'est fondé sur le rapport d'expertise médicale pluridisciplinaire établi par le [...] le 28 octobre 2014.

a) En l'occurrence, les experts du [...] ont fait une étude circonstanciée de la situation de la recourante, prenant en compte les plaintes de cette dernière et les pièces du dossier et se fondant sur une anamnèse complète, (aussi bien sur le plan personnel, familial que socioprofessionnel). Leur appréciation médicale est claire, détaillée et motivée.

b) Sur le plan psychique, les experts ont mis en évidence une amélioration de l'état de santé de la recourante, laquelle ne présentait plus aucune pathologie psychiatrique autre qu'un trouble somatoforme. Ils ont observé qu'elle ne présentait plus d'épisode dépressif, tel que ceux qu'elle avait connu par le passé, de sorte que son trouble dépressif récurrent devait être considéré comme en rémission. Les experts n'ont pas relevé d'autres comorbidités, comme par exemple des troubles anxieux ou des troubles de la personnalité. Ils ont souligné que les multiples plaintes exprimées par la recourante contrastaient avec un examen clinique normal. Ils ont constaté, s'agissant de la prise de médicaments, que la compliance au Cymbalta était bonne, de même que le taux plasmatique thérapeutique, alors que le taux apparaissait infrathérapeutique pour le Tramadol, notant qu'un traitement antidépresseur semblait apparemment nécessaire à son psychisme. Ils ont mis en évidence que son état psychique ne nécessitait en revanche plus de prise en charge psychothérapeutique. Il sied de relever qu'en 2002 déjà, le Dr J._____ posait un bon pronostic dans son cas. Les experts ont par ailleurs relevé que la recourante s'occupait quotidiennement de ses enfants (repas, devoirs, accompagnement à des activités sportives, etc.) ainsi que de son ménage, qu'elle participait activement à la vie de son église (participation à une formation eucharistique, enseignement du catéchisme) et qu'elle appréciait marcher dans la nature et voir ses amis, ce qui correspond à une vie sociale globalement satisfaisante. Les experts ont également mis en évidence que la recourante ne présentait aucune

fatigue, ni lassitude, ni ralentissement ou accélération psychique, ni tristesse, ni expression d'une labilité ou fluctuation de l'humeur. Sa capacité de travail a donc été considérée comme complète, sans limitation fonctionnelle et sans diminution de rendement.

c) Quant au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant, il a été confirmé par les médecins du [...]. Ceux-ci ont toutefois considéré qu'il n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante. Ce constat est corroboré par l'examen des indicateurs mis en évidence par la jurisprudence. A ce propos, les experts sont clairs sur l'absence de limitations fonctionnelles, mentionnant au contraire une discordance manifeste entre les multiples plaintes et un examen clinique normal. Ils précisent que le trouble somatoforme n'est plus associé à une autre comorbidité psychiatrique incapacitante. Sous l'aspect de la cohérence, il convient de relever qu'en quinze ans, la recourante n'a fait l'objet d'un suivi psychothérapeutique qu'à cinq reprises sur une période de quelques mois en 2012, et que la recourante a mis elle-même un terme aux consultations, ce qui plaide dans le sens d'une gravité relative de l'atteinte à la santé. Il faut également mentionner qu'elle s'est occupée quotidiennement de ses deux enfants, nés en 1998 et en 2004, et de son ménage, et ce sans aucune aide extérieure. Aucun problème conflictuel ou psychosocial n'est évoqué par la recourante. L'expertise met au contraire en lumière le fait qu'elle s'est très bien intégrée en Suisse où elle indique avoir de nombreuses amies, tout en conservant des contacts réguliers avec le Portugal, et elle apparaît s'être engagée activement depuis plusieurs années dans la vie de son église. Les experts mettent ainsi en évidence le fait que, nonobstant ses plaintes, la recourante accomplit au quotidien toute une série d'activités familiales, ménagères, sociales et bénévoles, et ce sans restriction particulière.

d) Aucune pièce dans le dossier ne vient corroborer les allégations de la recourante. Au contraire, les différents rapports médicaux figurant dans le dossier n'attestent que de consultations sporadiques. C'est ainsi que l'attestation de physiothérapie du 12 juillet 2017 produite par la recourante se réfère à des séances à partir du 4 mai 2017 et émet

un pronostic optimiste pour la suite. Le certificat de l' [...] ne confirme qu'une participation à onze séances en trois ans, à savoir une séance en 2015, cinq séances en 2016 et cinq séances en 2017. Il sied de mentionner que la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé n'avoir vu la recourante qu'à cinq reprises de mars à septembre 2012 (rapport du 8 avril 2014). Son médecin traitant, le Dr P._____, indique en mars 2014 un suivi global tous les mois depuis que la recourante l'a consulté pour la première fois en octobre 2013, juste avant le début de la procédure de révision d'office de sa rente à la fin de l'année 2013. Il sied de relever enfin que la recourante ne produit ni attestation de physiothérapie autre que celle d' [...], ni confirmation de la Clinique [...] quant à un quelconque suivi pour des douleurs, alors même qu'elle prétend y recourir hebdomadairement.

e) Compte tenu de ces éléments, l'expertise du [...] peut se voir reconnaître une pleine valeur probante conformément aux critères jurisprudentiels applicables. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'office intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan psychique. Au vu de ce qui précède, l'OAI s'est correctement fondée sur le rapport d'expertise du 28 octobre 2014 afin de retenir une capacité de travail entière de la recourante, sans limitation.

8. Concernant l'interruption de la mesure de réinsertion prononcée par l'office intimé en date du 1^{er} septembre 2017, la recourante soutient qu'elle n'était pas en mesure de mener dites mesures à leur terme en raison de son état de santé. Cependant, comme développé ci-dessus, la recourante n'apporte aucun élément médical permettant de justifier l'interruption de la mesure de réadaptation plus généralement de remettre en doute sa capacité de travail.

9. Dans ces conditions, une nouvelle expertise apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante 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, ATF 131 I 153 consid. 3, ATF 130 II 425 consid. 2).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions attaquées confirmées.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Les recours dans les causes AI 233/17 et AI 319/17 sont rejetés.
- II.** Les décisions rendues les 19 juin 2017 et 1^{er} septembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de T._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Primault, pour la recourante,
- l'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).

Le greffier :