

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

M. Neu et Mme Dessaux, juges

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Christine Graa, avocate, à Lausanne,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1965, est entrée en Suisse en 1988 et a exercé l'activité de femme de ménage à temps partiel depuis 2004.

Atteinte dans sa santé, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 26 avril 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

En réponse à un questionnaire de l'OAI, elle a indiqué le 20 mai 2011, qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme femme de ménage depuis 2002 pour des motifs financiers.

Le 25 juillet 2011, le Dr B. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a complété un rapport médical à l'attention de l'OAI. Il a posé le diagnostic de « coronopathie sévère justifiant l'implantation d'un stent à 3 reprises » sous suite d'incapacité totale de travail dans l'activité de femme de ménage.

Dans un rapport du 2 novembre 2011, adressé au Dr B. _____, la Dresse C. _____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a souligné ce qui suit :

« [...] Diagnostics : Insuffisance veineuse des membres inférieurs
Suspicion de fibromyalgie
Troubles statiques des rachis cervico-dorso-lombaires
Obésité
Cardiopathie ischémique

J'ai examiné la patiente en 2003, à l'époque, pour des douleurs du poignet gauche, et du rachis. Un bilan radiologique axial avait mis en évidence une rectitude cervicale, une scoliose sinistro-convexe au niveau lombaire. Depuis lors, et semble-t-il surtout depuis 3 ans, la patiente se plaint de douleurs dans les deux jambes, diurnes et nocturnes. Elle signale des épisodes de tuméfaction des deux pieds, notamment quand il fait chaud. Vous lui avez proposé différents topiques, qui changent peu la situation.

Outre les douleurs des jambes, la patiente se plaint de douleurs de tout le rachis, des membres supérieurs, des deux mains : elle a mal partout.

Ces douleurs s'accompagnent d'un état de fatigue, de sudation, de céphalées, et de trouble de la mémoire.

[...]

Mme A. _____ se plaint d'arthralgies diffuses, prédominant aux membres inférieurs. L'anamnèse et l'examen clinique font suspecter une insuffisance veineuse, et une probable fibromyalgie, les troubles statiques du rachis sont connus [...]. »

Sur questions de l'OAI, le Dr B. _____ s'est déterminé en décembre 2011, en ces termes :

« [...] Les raisons pour lesquelles cette patiente justifie l'incapacité de travail totale sont liées à au moins 4 causes [sic]. D'abord sur le plan cardiologique elle a présenté depuis 2004 une cardiopathie ischémique justifiant en 2004 une angioplastie et stenting de l'artère inter-ventriculaire antérieure moyenne. En 2006 un nouveau stenting actif de cette même artère inter-ventriculaire antérieure justifiée par une resténose à 70-90% au site d'implantation du stent puis en mars 2010 elle a fait l'objet de la mise en place d'un stent actif sur l'IVA moyenne avec angioplastie de l'ostium de la première diagonale pour une resténose intra-stent actif de 50 à 70%. Elle fait ces jours l'objet d'une investigation cardiologique par coronographie en raison d'une forte suspicion de resténose coronarienne [...]. A noter qu'au plan cardiologique et malgré la relative bonne récupération de la fonction cardiaque décrite en 2007 cette patiente se plaignait régulièrement d'une dyspnée d'effort associée à une sensation d'oppression.

La deuxième cause de son incapacité de travail avait trait à des lombalgies chroniques, dépendante de l'effort probablement en lien avec son obésité (BMI à 37) laquelle obésité a fait l'objet d'une prise en charge par une diététicienne, sans succès, tant il est vrai que cette patiente était dans l'incapacité de s'astreindre à une activité physique qui plus est que le régime lui-même lui aurait permis de perdre du poids.

A noter enfin un état dépressif d'intensité moyenne consécutif à ses difficultés de santé et à une situation conjugale difficile (mari très irritable et violent).

2 : Limitation fonctionnelle : cette patiente travaillait comme nettoyeuse dans une entreprise de la place, activité qui nécessitait des efforts d'intensité moyenne souvent les bras au-dessus de la tête pour nettoyer les vitrages. Cette activité était difficilement réalisable dans le contexte de son état de santé. A noter qu'on ne peut imaginer qu'elle entreprenne une autre activité compte tenu de sa méconnaissance de la langue française et l'absence d'une quelconque formation.

3 : La limitation temporelle à une activité exercée en position assise est liée au fait comme c'est souvent le cas chez des gens souffrant de lombalgies chroniques que cette position ne peut être maintenue plus longtemps que la durée précisée ci-dessus sous peine d'aggraver la symptomatologie douloureuse. A noter qu'il n'est pas exclu qu'une partie de la symptomatologie perçue par Mme

A. _____ relève d'une fibromyalgie comme l'évoquait la Dresse C. _____ rhumatologue en novembre 2011. Par-delà tous ces éléments il faut toutefois retenir que cette patiente est d'abord une cardiaque à très haut risque compte tenu de l'évolution qui a été résumé ci-dessus. [...] »

Le 2 décembre 2011, la Dresse D. _____, spécialiste en cardiologie et médecine interne, a communiqué son rapport au médecin traitant. Elle a retenu les diagnostics suivants :

- Pas de sténose coronarienne à la coronarographie du 12.12.2011.
- Stenting actif intra-stent pour resténose significative de 50 à 70% au niveau d'un stent actif sur l'IVA moyenne en mars 2010.
- Angioplastie et stenting de l'IVA moyenne en 2004.
- Angioplastie et stenting actif de l'IVA moyenne en 2006 pour resténose serrée à 70-90% au site d'implantation du stent.
- Angioplastie de la 1^{ère} diagonale en 2006 pour sténose subocclusive à 90-99%.
- Hypercholestérolémie.
- Obésité.

Ce rapport a en outre la teneur ci-après :

« Rappel anamnestique :

Rappelons que, depuis le dernier contrôle effectué en avril 2009, la patiente a été hospitalisée en mars 2010 pour un angor instable lié à une resténose significative de 50-70% au site d'implantation du stent actif au niveau de l'IVA, nécessitant la mise en place d'un stent intra-stent actif. Les douleurs rétrosternales s'étaient manifestées deux jours auparavant. Elles étaient oppressives, crescendo avec une irradiation dans les mâchoires et les deux bras et accentuées à l'effort. L'évolution a été favorable avec une dernière ergométrie en décembre 2010, sous maximale en fréquence à 92% de la FCMT, mais complète en terme d'effort à 9 METs et doublement négative pour une ischémie myocardique.

L'évolution est actuellement marquée par une récurrence de douleurs rétrosternales au repos comme à l'effort associées à une dyspnée d'effort stade II selon la NYHA avec une oppression. Les valeurs tensionnelles à domicile, sont normales aux environs de 130/80 mmHg sous le traitement en cours et les LSI se sont normalisés à 2.12 mmol/l sous Statine.

[...]

Impressions et discussion :

Comme vous le verrez sur le rapport d'ergométrie annexé, cet examen incomplet à 66% de la FCMT avec un double produit faisant peu appel aux réserves coronariennes, est subjectivement positif mais objectivement négatif pour une ischémie myocardique. La capacité d'effort est diminuée de manière importante à 6 METs (attendu 9 METs) en raison d'une dyspnée et des douleurs rétrosternales.

L'ergométrie étant électriquement négative, j'ai complété le bilan par une échocardiographie de stress qui s'est révélée subjectivement suspecte, mais électriquement et

échocardiographiquement négative pour une ischémie myocardique, mais cet examen a dû être stoppé prématurément en raison d'une poussée hypertensive sous faible dose de Dobutamine.

En raison du caractère persistant des douleurs thoraciques (surtout à l'effort) malgré un Patch Nitroderm mal toléré (céphalées) et du Pantozol, j'ai pratiqué une coronarographie. Cet examen a eu lieu par voie radiale le 12 décembre 2011. Il a montré l'absence de sténose significative en particulier au niveau des sites d'implantation des stents sur l'IVA.

Les douleurs thoraciques que présente cette patiente ne sont donc pas d'origine coronarienne mais peut-être microvasculaires. [...] »

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, réalisée le 26 septembre 2012, à l'issue de laquelle l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 100% (cf. rapport d'enquête du 22 octobre 2012).

Dans un rapport du 25 janvier 2013 à l'OAI, la Dresse D._____ a indiqué comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une « maladie coronarienne (sténose et resténose) ». Elle précisait que la situation cardiaque de l'assurée nécessitait une réduction de la capacité de travail de 20 à 30%. En outre, sa dyspnée d'effort l'obligeait à effectuer un travail plutôt assis sans trop de déplacements. La Dresse D._____ a joint à son rapport un courrier du 8 janvier 2013 au Dr B._____ faisant un compte-rendu d'un examen du 18 décembre 2012. On peut y lire ce qui suit :

« [...] Rappel anamnestique :

Depuis le dernier contrôle effectué en novembre 2011, l'évolution sur le plan cardiaque a été favorable sans douleur thoracique suspecte d'un angor, sans aggravation de la dyspnée stade II selon la NYHA, sans palpitations ni malaise. La patiente présente toujours des douleurs thoraciques et surtout parasternales gauches probablement pariétales liées à une inflammation des articulations sterno-costales qui semblent persister malgré le traitement anti-inflammatoire local ou systémique.

[...]

Impressions et discussion :

Comme vous le verrez sur le rapport d'échocardiographie de stress annexé, cet examen effectué sous Dipyridamole en raison d'une poussée hypertensive symptomatique sous Dobutamine, cet examen complet est subjectivement, électriquement et échocardiographiquement négatif ce qui permet d'écarter une progression de sa maladie coronarienne.

Au repos, la fonction ventriculaire gauche est toujours bonne, sans atteinte de la cinétique segmentaire, sans valvulopathie significative et il n'y a pas d'anomalie des cavités droites.

Le bilan cardiologique effectué chez la patiente est donc rassurant et permet d'envisager un prochain contrôle dans une année sans modifier son traitement [...] »

B. Un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, de l'assurée a été pratiqué le 5 juin 2014 au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) par les Drs J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec un interprète de langue albanaise. Le rapport corrélatif, établi le 24 juin 2014, retient les diagnostics suivants :

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
 - Aucun sur le plan rhumatologique.
 - Aucun sur le plan psychiatrique.

- sans répercussion durable sur la capacité de travail
 - Douleurs de type fibromyalgie (M79.0).
 - Légers troubles statiques du rachis avec scoliose dorso-lombaire et dégénératifs avec minimes pincements discaux en C4-C5, C5-C6, L4-L5 et arthrose lombaire basse débutante.
 - Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
 - Difficultés liées à l'acculturation (Z60.3).
 - Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0).

Sous rubrique « Appréciation du cas », les spécialistes du SMR ont consigné les éléments ci-dessous :

« Mme A._____ a exercé la profession de femme de ménage à temps partiel, jusqu'en août 2010, date de la fin de son contrat. Elle a ensuite effectué une activité d'aide de cuisine organisée par le chômage, du 11.10 au 24.12.2010. Il s'agissait de demi-journées consacrées à la préparation de salades. L'assurée dit avoir aussi fait 3 jours à 100%.

Le Dr B._____, médecin traitant, atteste d'une incapacité de travail à 100% comme femme de ménage à partir du 15.08.2006. Comme raison à cette incapacité de travail, il avance une cardiopathie ischémique, des lombalgies chroniques probablement en lien avec une obésité, un état dépressif d'intensité moyenne (cf rapport du 31.12.2011).

Lors de l'examen de ce jour, l'assurée dit avoir commencé à ressentir des douleurs multiples depuis son arrivée en Suisse en 1998.

Elle indique une douleur cervicale permanente, une douleur dorsale épisodique en relation avec des douleurs de l'estomac qui irradient en ceinture, des douleurs lombaires survenant lors des mouvements comme se baisser ou marcher. Ces douleurs sont calmées par la position couchée. Elle signale des douleurs de la tête (occipitales), se manifestant presque tous les jours.

Il y a des douleurs de la main droite et du bras, et parfois aussi du bras gauche. Ces douleurs ne sont pas influencées par le mouvement.

Depuis 4 à 5 ans, il y a des douleurs des mollets et de la partie antérieure des jambes, migrantes et se manifestant principalement lorsqu'elle se couche en début de nuit.

A l'examen clinique, le tonus musculaire est normal. Il n'y a pas de contracture ni d'amyotrophie. La mobilité du rachis cervical, dorsal et lombaire n'est pas limitée (Schober lombaire de 10 à 15 cm, distance doigts-sol à 0 cm). La force est conservée aux 4 membres. Il y a des troubles de la sensibilité subjective de distribution non anatomique aux 2 jambes avec conservation de la discrimination entre le toucher et le piquer et conservation de la sensibilité posturale et vibratoire. La manœuvre de Lasègue et le contre-Lasègue sont indolores, permettant d'exclure une irritation radiculaire. Le score de Waddell à 3/5 parle en faveur de signes comportementaux.

La position assise est bien tolérée pendant l'heure de l'entretien, il n'y a pas de postures antalgiques. Les changements de position s'effectuent aisément.

Pour les membres supérieurs, la gestuelle spontanée est libre. Les articulations ne présentent pas de signes inflammatoires. Les amplitudes articulaires sont bonnes.

Pour les membres inférieurs, la marche s'effectue sans boiterie. La marche sur les talons et la pointe des pieds est réussie. Les articulations des hanches, genoux et pieds sont sans particularité.

Il y a de nombreuses zones douloureuses : 13 points douloureux spécifiques de fibromyalgie sont présents sur 18. Les douleurs débordent largement de ces points douloureux ; il y a des douleurs palpatoires de la colonne vertébrale, de la musculature paravertébrale et des mollets, douleurs qui ne sont pas systématiquement reproductibles à la palpation.

Les radiographies de la colonne cervicale du 11.06.2014 montrent de discrets troubles statiques sous la forme d'une rectitude et de légers troubles dégénératifs comprenant une ébauche de pincement discal en C4-C5 et C5-C6, une minime spondylose inférieure, une ébauche d'uncarthrose C6 gauche, une discrète arthrose postérieure cervicale basse,

Les radiographies de la colonne dorsale du 11.06.2014 montrent une légère scoliose à convexité droite, une discrète spondylose, des séquelles minimales d'ostéochondrose (anomalies du développement).

Les radiographies de la colonne lombaire du 11.06.2014 montrent une légère scoliose à concavité droite associée à une légère bascule du bassin, une ébauche de pincement discal L4-L5, une légère spondylose, une légère arthrose postérieure lombaire basse.

Les douleurs insertionnelles et musculaires multiples alléguées par l'assurée ne peuvent pas être mises en relation avec les légers troubles statiques et dégénératifs objectivés par le bilan radiologique. Il s'agit de douleurs de type fibromyalgique. Cette constatation avait déjà été relevée par la Dresse C. _____, rhumatologue (cf. rapport du 02.11.2011). Les troubles de la sensibilité des jambes sont également des manifestations subjectives dont la topographie atypique ne peut pas être mise en relation avec une atteinte neurologique.

Au vu de l'excellente mobilité rachidienne et des articulations périphériques, de la facilité dans les déplacements, de la bonne

tolérance de la position assise, il n'y a pas lieu de retenir une incapacité de travail pour ces douleurs ni de limitations fonctionnelles.

Dans son rapport du 31.12.2011, le Dr B._____ avance comme facteurs empêchant la reprise d'une activité professionnelle la méconnaissance de la langue française et l'absence de formation. Ce sont des facteurs non médicaux qui ne sont pas pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail. Le médecin atteste d'une incapacité de travail à 100% comme femme de ménage depuis 15.08.2006 (cf. rapport du 25.07.2011). Toutefois, cette incapacité de travail n'est pas confirmée par l'assurée qui a exercé une activité d'aide de cuisine à temps partiel du 11.10.2010 au 24.12.2010 (cf. attestation pour le cours acquisition de qualification de base du 12.01.2011).

D'un point de vue psychiatrique, il s'agit d'une assurée née le [...]1965, âgée de 48 ans, qui a fait une première demande de prestations AI en date du 26.04.2011 pour cardiopathie ischémique, obésité et cholestérolémie. L'assurée est originaire du Kosovo, mariée, elle est mère de trois enfants. Elle est arrivée avec sa famille en 1998 en Suisse. L'assurée a travaillé du mois de juin 2004 au mois d'avril 2009 comme femme de ménage chez un particulier à un taux d'environ 20% puis comme aide de cuisine du 11.10 au 24.12.2010. Depuis lors, elle ne travaille plus, dit-elle.

D'un point de vue psychiatrique, Mme A._____ mentionne une enfance et une adolescence qui se sont relativement bien déroulées malgré une pauvreté financière. L'assurée s'est mariée, a eu des enfants et, dit-elle, tout se déroulait bien jusqu'à ce que la guerre apparaisse. L'assurée a travaillé en Suisse comme femme de ménage de 2006 à 2009. Juste après son arrivée, elle a été consulter la Fondation [...]. Elle était satisfaite de la prise en charge et allait consulter là-bas une fois par mois ou une fois tous les 2 mois et ceci pendant 3 ans. Depuis lors, l'assurée n'a plus consulté de psychiatre. Au status de ce jour, l'assurée présente une hygiène et un habillement tout à fait dans les normes. Elle ne présente pas de troubles nets de la concentration, de la mémoire et de l'attention. Elle ne présente pas de troubles florides de la lignée psychotique. Elle se montre souriante, collaborante, même avide de contacts humains.

Mme A._____ présente des larmes transitoires à l'évocation des opérations qu'elle a subies sur le cœur. L'évocation de la mort de son père à cause d'un infarctus est également douloureuse pour elle. L'assurée ne présente pas de troubles majeurs de l'anxiété tels qu'un état d'anxiété généralisée. Elle ne présente pas d'attaque de panique ni anamnétique ni en cours d'examen. Par contre, l'assurée présente de la peur à l'évocation des problèmes cardiaques et des interventions chirurgicales qu'elle a dû subir.

Sur le plan de la thymie, l'assurée ne présente pas d'épisode dépressif majeur, comme le montrent l'examen de la vie quotidienne et le status psychiatrique.

Mme A._____ se plaint de phénomènes douloureux et particulièrement au niveau des articulations et au niveau du cœur. L'assurée présente des douleurs de type fibromyalgie dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. Il est donc nécessaire d'envisager les éventuels critères de gravité accompagnants.

L'assurée ne présente pas d'antécédents psychiatriques graves comme nous venons de le voir au deuxième paragraphe de la

discussion d'un point de vue psychiatrique. Ce facteur de gravité est donc absent.

L'assurée ne présente pas non plus de comorbidité psychiatrique manifeste grave puisque nous venons de voir que l'assurée ne présente pas d'état d'anxiété généralisée ni d'épisodes dépressifs graves. Ce facteur de gravité est donc absent.

L'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale puisqu'elle continue à s'occuper activement de ses enfants, qu'elle continue à avoir des contacts sociaux fréquents qui nécessitent de l'énergie avec des amis le week-end, soit chez elle soit à l'extérieur. Ce facteur de gravité est donc absent.

On ne peut pas parler d'échec du traitement spécialisé puisque l'assurée ne consulte pas de psychiatre. Ce facteur de gravité est donc absent.

Cependant, l'assurée présente des ressources psychiques qui sont pauvres. Ce manque de ressources psychiques empêche l'assurée de gérer les craintes en relation avec les problèmes cardiaques et douloureux présentés et contribue à la chronification des problèmes depuis 2010. Dans ces conditions, il existe une certaine cristallisation de l'état psychique mais comme l'assurée se montre très demandeuse de contacts humains, nous évaluons qu'elle peut bénéficier d'un suivi psychiatrique. Les critères de gravité concernant la chronicité et la cristallisation de l'état psychique sont donc partiellement remplis.

Donc, comme Mme A. _____ ne présente pas tous les critères de sévérité du syndrome douloureux somatoforme, elle présente une capacité de travail totale.

Il est important que l'assurée puisse aller consulter un psychiatre ou un psychologue, de préférence de langue albanaise, afin de pouvoir exprimer la peur qui l'habite à propos de ses problèmes cardiaques. L'assurée a un bon souvenir de ses consultations à [...] et a été très avide de contacts humains durant l'examen au SMR.

Limitations fonctionnelles

Il n'y a pas de limitations fonctionnelles durables ni sur le plan psychiatrique ni sur le plan ostéo-articulaire.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Il n'y a pas d'incapacité de travail de ce taux en relation avec une atteinte ostéo-articulaire. Il n'y a pas d'incapacité de travail de ce taux en relation avec une atteinte psychiatrique.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Le degré d'incapacité de travail est resté stationnaire sur le plan ostéo-articulaire. Le degré d'incapacité de travail est resté stationnaire sur le plan psychiatrique. [...] »

Les spécialistes du SMR ont dès lors conclu à une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle de femme de ménage que dans une activité adaptée.

Le SMR, sous la plume du Dr F._____, médecin, a établi son rapport final le 9 juillet 2014 notamment en ces termes :

« [...] Elle souffre d'une cardiopathie ischémique connue depuis 2004, qui a nécessité la mise en place de stents en 2004, 2006 et 2010 et une dilatation en 2006. Depuis 2010 la situation cardiaque est stabilisée, la cardiologue signale la persistance de douleurs thoraciques dont l'origine n'est pas cardiaque, mais pariétale selon elle. Une dyspnée d'effort de stade II est mentionnée, la fonction cardiaque reste bonne. Sous traitement médicamenteux la situation est stabilisée, au point qu'un seul contrôle annuel est nécessaire. Cette atteinte cardiaque n'avait pas empêché l'assurée de continuer son dernier travail jusqu'en 2009 et de suivre le cours pratique fin 2010, après le dernier événement cardiaque (angor instable en mars 2010, avec nouvelle pose d'un stent).

Des douleurs multiples sont par ailleurs signalées, de même qu'un état dépressif moyen et une fibromyalgie. Afin de clarifier l'importance et l'origine de ces douleurs et de l'atteinte psychique, un examen psychiatrique et rhumatologique a été fait au SMR en juin 2014.

Les examinateurs constatent que l'assurée présente des atteintes vertébrales statiques et dégénératives et une certaine vulnérabilité psychique, mais qu'elles sont légères et n'entraînent pas de limitations fonctionnelles qui vont au-delà de celles découlant de l'atteinte cardiaque. Il y a certes un syndrome somatoforme douloureux, mais en l'absence de psychopathologie invalidante les critères de gravité permettant d'admettre ce diagnostic comme atteinte invalidante au sens de l'AI ne sont clairement pas remplis.

En conclusion : Il y a bien une atteinte cardiaque qui n'est pas compatible avec l'exercice d'une activité physiquement lourde. Cette atteinte est stabilisée sous traitement depuis 2010. Selon la cardiologue, l'activité exercée antérieurement est encore exigible, avec une diminution de rendement de 20 à 30%. Les autres atteintes n'entraînent pas de limitations fonctionnelles supplémentaires et ne justifient aucune incapacité de travail

Dès lors une capacité de travail dans une activité compatible avec l'atteinte cardiaque est exigible à 100%, et ce depuis 2004. »

Le Dr F._____ a ainsi conclu à une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, soit absence de travaux physiques lourds, de port de charges lourdes, ainsi que de marche soutenue dans les escaliers et en montée.

Par projet de décision du 6 octobre 2014, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, après avoir déterminé un degré d'invalidité de 13,21% par comparaison des revenus.

C. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Me Christine Graa, a présenté des objections à l'encontre du projet précité le 19 novembre 2014, contestant la capacité de travail prise en compte par l'OAI, ainsi que la comparaison des revenus effectuée, singulièrement le taux d'abattement opéré sur le salaire hypothétique d'invalidé. Par courrier subséquent, elle a produit à l'appui de ses objections un nouveau rapport médical, établi le 19 janvier 2015 par Dr B._____, libellé en ces termes (sic) :

« [...] Suite à votre demande du 05.11.2014 et après avoir examiné le rapport de l'examen clinique, rhumatologique et psychiatrique du SMR je vous fais parvenir mon appréciation de ces documents. Je rappelle que Mme A._____ souffre d'une polypathologie qui, résumée, puisque le détail de ses affections se trouvent d'un part dans le rapport AI que j'ai rédigé, d'autre part dans le rapport clinique en question, consiste 1) en une maladie coronarienne connue depuis 2004 et qui a fait l'objet de plusieurs angioplasties, 2) en lombalgies chroniques récidivantes, 3) en un état dépressivo-anxieux qui est d'intensité sévère, enfin 4) en un syndrome douloureux de type fibromyalgie.

Au plan cardiologique la situation peut être considérée comme « contrôlée ». Toutefois la survenue d'une ischémie myocardique traitée « in extremis », à moins de 40 ans, suivie de deux autres épisodes ayant nécessité 2 nouvelles angioplasties constitue un facteur d'insécurité émotionnel qui contribue sans aucun doute à l'état d'angoisse. Il faut également savoir que Mme A._____ a perdu un frère de moins de 40 ans d'une affection cardiaque subite.

Sur le plan rhumatologique l'expertise qui a été réalisée reste sujette à caution dans la mesure où elle fait le constat d'une situation donnée à un moment donné. Ainsi si Mme A._____ souffre de lombalgies chroniques, c'est-à-dire persistantes plus de 12 semaines, celles-ci ne sont pas constantes mais récidivent à la faveur de facteurs qui ne sont pas toujours décelables. Le rapport semble vouloir exclure une relation de cause à effet entre un remaniement ostéo-articulaire vertébral et les plaintes ressenties. Dès lors il fait état de « discrets » troubles statiques, de « légers » troubles dégénératifs, d'une « minime » spondylose inférieure, d'une « discrète » arthrose. Dans ce domaine il n'y a pas toujours de corrélation entre la sévérité des lésions découvertes radiologiquement et l'intensité des plaintes. Cette donnée étant connue depuis fort longtemps on ne peut affirmer qu'une personne présentant des lésions organiques minime ne souffre pas d'une affection ostéo-articulaire d'autant que les douleurs ne sont pas toujours l'expression de lésion osseuse mais participent le plus souvent d'atteinte des tissus mous (non visible sur des radiographies). L'appréciation de la symptomatologie douloureuse lombaire reste cependant difficile chez Mme A._____ dans la mesure où elle présente incontestablement un état somatoforme douloureux qui dans son expression peut se superposer à des douleurs d'origine organique.

En conclusion il me paraît péremptoire d'affirmer que les plaintes exprimées au plan rhumatologique n'ont pas de répercussion sur la

capacité de travail sur la seule base d'une absence de lésion organique sévère au niveau vertébral.

L'analyse de la situation psychiatrique est, elle aussi, sujette à caution dans la mesure où elle ne retient pas des éléments majeurs de l'évolution psychopathologique de Mme A. _____.

Cette patiente que je connais depuis 2000 travaillait alors comme femme de ménage à temps partiel faute de trouver un travail à plein temps. Elle consultait à cette époque pour 2 raisons. D'abord en raison de ses douleurs lombaires voire même généralisées mais également en raison d'un état dépressif qu'elle décrivait alors sous forme d'une fatigue très importante en particulier physique associée à des insomnies, une perte d'intérêt pour son activité et sa vie de famille. Cette situation remontait déjà à quelques années particulièrement à l'automne 1998, époque où elle a fui son pays dans des conditions dramatiques : le village qu'elle habitait avec son mari et ses enfants a été en effet attaqué par les forces serbes et la patiente a dû, avec les habitants du village, fuir précipitamment dans les forêts qui entouraient le village. Pendant cette fuite Mme A. _____ qui était enceinte devait accoucher précipitamment, en pleine nature, dans un contexte particulièrement angoissant. Pendant ce temps son mari resté au village devait se cacher parmi les morts et doit à cette dissimulation d'être encore vivant. Mme A. _____ devait à l'époque exprimer ce ressenti avec beaucoup d'émotions, parlait des cauchemars qu'elle et son mari connaissaient pratiquement constamment, cauchemar où dominait une angoisse de mort intense. A cette époque elle présentait donc tous les éléments d'un syndrome post-traumatique ce qui m'avait d'ailleurs amené à la mettre en lien avec l'institution [...] pour qu'elle puisse discuter de cette problématique. Par la suite l'état anxieux devait partiellement s'améliorer mais persistait des symptômes dépressifs sous forme de manque d'intérêt pour de nombreuses activités, sous forme d'une prise de poids, d'insomnie et surtout de fatigue, d'une perte d'énergie. Parallèlement à cette symptomatologie Mme A. _____ développait les douleurs somatiques évoquées plus haut lesquelles, et particulièrement en ce qui concerne les cervicalgies et les lombalgies, évoluaient en symétrie avec les efforts que pouvait exiger son activité professionnelle de l'époque.

Pour ce qui me concerne la prise en charge psychiatrique de Mme A. _____ restait particulièrement difficile car elle était censée relever de la prise en charge d' [...] qui, à l'époque, collaborait peu avec les médecins traitants. Il me semblait alors que cette prise en charge aurait dû être un peu plus intensive vu le peu d'amélioration que connaissait Mme A. _____, par ailleurs sans traitement médicamenteux. A cette époque aussi la situation devait se compliquer par l'apparition de l'affection cardiologique, particulièrement grave puisque l'angine de poitrine qu'elle connaissait fut dans un premier temps méconnue par le spécialiste auquel je l'avais adressée puis traitée alors qu'elle développait un infarctus aigu. Quelques années plus tard elle devait d'ailleurs récidiver et faire l'objet d'une nouvelle angioplastie. Cette affection devait particulièrement angoisser Mme A. _____ dans la mesure où son père était décédé d'un infarctus et son frère, un peu plus jeune qu'elle, devait à cette époque également décéder d'une mort subite d'origine cardiaque.

Au vu de tous ces éléments on peut considérer que Mme A. _____ présente un état douloureux cervical et lombaire d'intensité fluctuante mais toujours présent, état douloureux qu'elle exprime

depuis de nombreuses années et dont les caractéristiques restent mécaniques puisque, tel qu'elle l'exprime, elles sont nettement dépendantes de l'importance des efforts physiques qu'elle fait. Ses douleurs évoluent aussi sur un fond de fibromyalgie dont elle présente les critères. Ce dernier diagnostic est également en lien avec un état dépressif qualifié de sévère, compte tenu des symptômes qu'elle manifeste à savoir fatigue généralisée, insomnie, modification de la thymie, perte d'intérêt, difficulté de concentration, prise de poids. Cet état a connu des périodes de rémission partielle en 2011-2012 mais depuis 2 ans ne fluctue plus guère. L'anxiété générée par sa situation cardiologique persiste, donnant lieu à de fréquentes consultations pour douleurs thoraciques, douleurs dans les épaules, dans les bras. Au point de vue cardiologique cependant la situation paraît actuellement contrôlée, des examens régulièrement effectués ne montrant pas d'aggravation de la situation coronarienne ni de modification de la capacité cardiaque. On peut donc, en ce qui concerne l'aspect cardiologique strict, considérer que Mme A._____ pourrait exercer une activité professionnelle de l'ordre de 70 à 80% dans le cadre d'une activité adaptée à savoir sans effort et sans stress. En ce qui concerne cependant les douleurs ressenties sur l'axe vertébral et les douleurs dans le contexte de la fibromyalgie, celles-ci me paraissent incompatibles avec l'exercice d'une activité même adaptée. En effet Mme A._____ ne supporte guère une même position durant plus d'une heure et ne se trouve soulagée qu'en étant couchée. Enfin toute cette problématique évolue sur un fond d'état dépressif dont les manifestations à ce jour n'ont été que peu améliorées par la prise en charge. Celle-ci, il est vrai, a été interrompue il y a quelques années et mériterait d'être réinitiée pour autant que le soutien psychothérapeutique puisse être effectué par un psychiatre parlant la langue de la patiente.

En conclusion, ces trois atteintes à la santé dont souffre Madame A._____, de par leur intrication, la mette dans l'impossibilité totale d'exercer une quelconque activité. [...] »

Appelé à se déterminer sur ce rapport, le Dr G._____, médecin au SMR, a considéré le 3 mars 2015 qu'aucun élément médical nouveau n'avait été évoqué de sorte que les précédentes conclusions du SMR demeuraient valables.

En date du 9 mars 2015, l'OAI a rendu sa décision reprenant les termes de son projet de décision du 6 octobre 2014.

D. A._____, avec l'assistance de Me Graa, a déféré la décision du 9 mars 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 16 avril 2015. Elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à l'annulation de la décision querellée ainsi qu'au renvoi à l'OAI pour complément

d'instruction, reprenant pour l'essentiel les arguments précédemment avancés en procédure d'audition.

Dans l'intervalle, soit le 23 mars 2015, elle a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire par dépôt du formulaire ad hoc.

La magistrate instructrice a établi une décision le 21 avril 2015 et a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, en l'exonérant d'avances et de frais judiciaires, ainsi qu'en désignant Me Graa en qualité d'avocate d'office.

L'OAI a répondu au recours le 12 mai 2015 et a conclu à son rejet.

La recourante a répliqué le 3 juin 2015, joignant un rapport du 28 mai 2015 de la Dresse D. _____, rédigé notamment comme suit :

« [...] Impressions et discussion :

Comme vous le verrez sur le rapport de la coronarographie annexé, cet examen n'a pas montré de resténose au niveau des stents précédemment implantés sur l'IVA chez cette patiente, juste une sténose non significative inférieure à 50% à la sortie du stent sur l'IVA moyenne avec une FFR normale à 0.82 (quantification invasive de la lésion durant la coronarographie).

L'ergométrie incomplète en fréquence à 70% de la FCMT avec un bon double produit faisant peu appel aux réserves coronariennes, reste subjectivement suspecte avec une dyspnée et des douleurs thoraciques atypiques à l'effort mais objectivement négative pour une ischémie myocardique avec des douleurs thoraciques toujours très atypiques en fin d'effort très localisées et reproductibles à la palpation. L'adaptation tensionnelle est cette fois normale et la capacité fonctionnelle reste modérément diminuée à 6.7 METs (attendu 9 METs) en raison d'une dyspnée sur un déconditionnement physique et une fatigue.

J'ai complété le bilan par quelques images échoscopiques qui montrent toujours une bonne fonction biventriculaire sans valvulopathie significative.

Les douleurs thoraciques que présente cette patiente ne sont donc pour moi pas d'origine coronarienne (pariétales ? gastro-oesophagiennes ? microcirculatoires ?)

[...]

Concernant la demande d'AI, je confirme une limitation cardiaque de 30% en raison de cette fatigue et de cette dyspnée, la situation strictement cardiaque ne permettant pas d'augmenter l'incapacité au travail.

Si la dyspnée d'effort persiste il faudra adresser cette patiente à un pneumologue et ou rechercher une maladie thromboembolique. [...] »

La magistrate instructrice a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a confié au centre médical d'expertises R._____, lequel a communiqué son rapport en date du 13 avril 2017.

Cette expertise a été exécutée par les Drs H._____ et N._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste en rhumatologie. Elle a été complétée par un rapport du Dr M._____, spécialiste en cardiologie.

Les experts n'ont retenu aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée. En revanche, ils ont posé les diagnostics suivants sans influence sur dite capacité :

- Minimales altérations dégénératives et discrets troubles statiques du rachis discopathie mineure C4-C5, C5-C6, L4-C5, arthrose des articulations inter-apophysaires postérieures lombaires basses débutante.
- Probable syndrome d'hyperlaxité ligamentaire résiduelle.
- Syndrome douloureux de type fibromyalgique.
- Déconditionnement physique secondaire.
- Rapide perte pondérale post by-pass en 2016.
- Maladie coronarienne monotronculaire (IVA) avec status après stenting direct de l'IVA proximale en décembre 2004, status après stent in-stent pour resténose de l'IVA proximale moyenne et PTCA d'une sténose subtotale de l'ostium de la 1^{ère} branche diagonale en 2006.
- HTA compensée.

Le rapport d'expertise du 13 avril 2017 contient également les réponses aux questions posées en ces termes :

« **E. QUESTIONS (la réponse est pluridisciplinaire)**
I. ATTEINTE À LA SANTÉ
1. Manifestation et gravité des constats objectifs et constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Du point de vue rhumatologique, les altérations dégénératives mineures constatées au niveau cervical et lombaire ne sont pas à l'origine de limitations fonctionnelles, comme en atteste l'observation de l'assurée au cours de l'examen et les constatations cliniques ressortant du status. Seules les activités nécessitant le port

de charges lourdes et le port répété de charges modérément lourdes sont contre-indiquées.

L'examen psychiatrique est sans pathologie psychique significative constatée. Enfin, d'un point de vue cardiologique, aucune atteinte fonctionnelle n'a été observée, les cavités cardiaques étant de taille normale, et la fraction d'éjection conservée.

2. 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)

L'assurée exprime la souffrance relative à ce qu'elle a vécu pendant la guerre au Kosovo, et ses conditions de migration en Suisse. Cette souffrance n'a pas été suffisante pour générer une prise en charge psychologique/psychiatrique, ni un traitement chimique de cet ordre. Il n'y a par ailleurs pas d'autres facteurs étrangers à l'invalidité chez cette assurée bénéficiant d'un bon niveau intellectuel, capable de s'assumer elle-même, et n'ayant pas de problèmes relationnels avec les autres, par ailleurs bien entourée par les membres de sa famille.

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

Bien que l'assurée fasse part de douleurs d'intensité importante, il n'a pas été remarqué au cours de cette expertise des signes verbaux autres, ni spontanément, ni lors de l'examen clinique. De même, aucun signe d'exagération des symptômes n'a pu être mis en évidence (collaboration excellente, pas d'opposition, pas de phénomène de résistance, ni sur le plan psychique, ni sur le plan physique).

[...]

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

Aucun trouble spécifique ou non spécifique de la personnalité n'a pu être objectivé.

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

Comme dit précédemment, cette assurée s'est révélée apte à mettre à profit ses capacités d'adaptation au cours des événements de vie difficiles qu'elle a traversés. Elle exprime une certaine souffrance relative à son passé, sans pour autant faire appel à une prise en charge médicale ou à une aide extérieure. Elle donne cependant l'impression d'une attitude quelque peu passive, en attente d'une aide extérieure, ne faisant pas preuve d'initiative personnelle face à ses problèmes. Ceci ressort dans l'absence d'activité physique régulière, tout particulièrement indiquée dans sa situation. En effet, les raisons d'une activité physique régulière et d'un renforcement musculaire sont multiples, dans les suites de la

maladie coronarienne monotronculaire apparue en 2004, en raison des douleurs articulaires et musculaires de type fibromyalgique, en raison de l'excès pondéral préexistant au bypass de 2016, et étant donné l'importante et rapide perte pondérale suite au bypass, avec un déconditionnement physique consécutif actuel.

II. CONTEXTE SOCIAL

1. Anamnèse conforme aux directives et menée par l'ensemble des experts impliqués

L'anamnèse a été établie par tous les experts conformément aux disciplines.

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

Se référer aux réponses données dans les expertises partielles.

3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage

Pas de commentaire. L'enquête ménagère du 26.09.2012 atteste d'un statut de ménagère de 100%.

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

Aucune chez cette assurée.

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 une personne collaborante, bénéficiant de ressources intellectuelles et du bon sens suffisant pour comprendre sa situation personnelle. Dans la mesure où cela n'a pas été tenté par le passé (ce qui tend à ressortir du dossier médical à disposition), un réentraînement à l'effort dans un milieu spécialisé (centre de réhabilitation) devrait lui être proposé pour les raisons précédemment détaillées.

III. DIAGNOSTICS

[...]

3. Interactions des diagnostics

Cette assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique. La maladie coronarienne monotronculaire développée en 2004 a été stabilisée depuis 2006, date de la dernière intervention, avec des contrôles ultérieurs attestant de la stabilité de l'affection. Il n'y a donc pas d'interaction actuelle entre les différentes problématiques soulevées, qui ne sont d'ailleurs pas source de limitations fonctionnelles. La seule interaction possiblement évocable réside dans la nécessité d'un réentraînement à l'effort, qu'il soit psychologique ou physique. Cet engagement, soutenu sur le long terme, permettrait effectivement d'agir favorablement sur les facteurs cardiovasculaires, ostéo-articulaires et musculaires, aurait une action possible antalgique (ce qui est bien connu dans les syndromes de type fibromyalgique), et permettrait très

probablement une amélioration de la santé psychologique de l'assurée.

4. 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

Aucun diagnostic retenu susceptible de générer une incapacité fonctionnelle.

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) ?

Oui, si ce n'est, comme précédemment dit, l'absence d'une réhabilitation dans les suites de l'événement cardiaque. Il se peut que cette réhabilitation lui ait été proposée, sans que cela ne transparaisse dans le dossier médical à disposition.

2. Indications 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

Cf. point IV/1.

4. Indications relatives à la coopération de l'assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

A nouveau, pas de problème de coopération de l'assurée.

[...]

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 à proprement parlé de divergence à relever. Le seul point ressortant de cette expertise, ainsi que des divers rapports médicaux établis au fil des années, concernent des douleurs d'intensité subjective importante, contrastant avec l'absence de limitations fonctionnelles objectives. Ces douleurs ne transparaissent pas de manière non verbale chez cette assurée, ni spontanément, ni à l'occasion des sollicitations physiques inhérentes à l'examen clinique. Ceci n'est pas inhabituel chez les personnes souffrant d'un syndrome douloureux de type fibromyalgique, faisant même volontiers partie du syndrome lui-même.

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)

La question tombe puisqu'il n'y a pas d'incapacité de travail retenue en tant que femme de ménage. L'assurée n'a semble-t-il jamais trouvé d'emploi fixe depuis son arrivée en Suisse. Son dernier emploi était un contrat limité à 8h./mois, de mars à août 2010. Elle n'a plus retravaillé depuis lors. Il est dès lors difficile de faire une comparaison du niveau d'activité avant et après l'atteinte à la santé, avec une incapacité de travail médicalement attestée en août 2010.

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

Cf. réponse V/2.

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

Comme dit précédemment, seule l'absence d'une réhabilitation dans un centre adapté semble faire défaut à la prise en charge de cette assurée, prise en charge par ailleurs tout à fait appropriée et complète.

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

Pas d'inaptitude de ce type.

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

100%.

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

100%. Suite à l'intervention du bypass en 2016, avec pour conséquence une perte pondérale importante et rapide, la nécessité d'un réentraînement à l'effort paraît actualisé et tout autant justifié qu'avant cette intervention récente. »

Plus spécifiquement, l'experte rhumatologue a émis les considérations suivantes s'agissant de la capacité de travail de la recourante :

« [...] La synthèse des éléments objectifs, relevant des informations contenues dans le dossier médical, des examens complémentaires effectués à ce jour, et des observations de cette expertise, permet de statuer de la présence d'altérations dégénératives débutantes minimales, concernant le rachis cervical bas, le rachis lombaire bas, tel qu'on les voit extrêmement fréquemment et de manière banale avec l'âge. Ces lésions organiques peuvent être à l'origine de douleurs articulaires ou musculo-tendineuses à caractère mécanique, intermittent, dans les régions concernées par les atteintes en question. Il s'agit de douleurs qui répondent pour le

moins partiellement à des antalgiques simples, ou/et des anti-inflammatoires non-stéroïdiens, ainsi qu'à des thérapies physiques appropriées.

Cette assurée présente par ailleurs très probablement un syndrome d'hyper-laxité ligamentaire résiduelle, compte tenu des éléments anamnestiques évoquant une grande souplesse dans l'enfance, et des signes partiellement encore présents à l'examen clinique. Ce syndrome d'hyper-laxité ligamentaire est bien connu pour être susceptible de favoriser des douleurs rachidiennes et des douleurs d'insertions musculaires.

Enfin, il existe incontestablement chez cette assurée un état de déconditionnement physique (et psychologique) de longue date, l'assurée ayant un mode de vie très sédentaire, sans activité professionnelle depuis bientôt 7 ans, et ayant de surcroît perdu 15 kg en 2 mois, suite à l'intervention de bypass en décembre 2016.

Toutefois, ces éléments objectifs ne permettent pas d'expliquer les douleurs articulaires intenses et ubiquitaires décrites par l'assurée, évoluant depuis des années de manière inexorablement défavorable, restant réfractaires à toute thérapie, présentes en permanence, indépendamment des sollicitations physiques. Elles s'associent de surcroît à certains symptômes satellites (céphalées, vertiges, troubles de la concentration, troubles du sommeil, troubles de l'humeur...) typiques, faisant évoquer, compte tenu de l'examen clinique actuel, un syndrome douloureux de type fibromyalgique, versus un syndrome douloureux somatoforme persistant. Tels avaient déjà été évoqués ces diagnostics par la Dre C. _____ en 2011, ainsi que par le Dr J. _____ en 2014. Cette problématique va de pair avec l'évolution défavorable, malgré les thérapies instaurées, et se retrouve aussi dans la discordance existant entre les lésions structurelles objectivées ainsi que les constatations cliniques peu importantes, et l'intensité des douleurs et leurs conséquences fonctionnelles très marquées. Le vécu personnel de cette assurée et ses répercussions psychologiques sont possiblement à l'origine d'une somatisation, élément qu'il revient au psychiatre de préciser.

D'un point de vue strictement somatique et rhumatologique, les limitations fonctionnelles secondaires aux altérations dégénératives objectivées sont minimales. L'assurée n'a pas d'intolérance positionnelle particulière, les amplitudes articulaires étant conservées à tous les niveaux, seul le port de charges lourdes est déconseillé en raison de l'arthrose débutante au niveau des zones de charge (cervical bas et lombaire bas). Compte tenu de l'état actuel de l'assurée, qui a perdu très rapidement 15 kg ces deux derniers mois, un reconditionnement physique serait indiqué, lui permettant de retrouver une endurance musculaire normale. Il est d'ailleurs quelque peu surprenant que cette assurée n'ait pas bénéficié dans les suites de sa problématique cardiaque, et compte tenu de son obésité, d'un réentraînement à l'effort, d'autant plus qu'elle était déjà connue pour des douleurs de type fibromyalgique, pour lesquelles est aussi préconisé le maintien d'une activité physique régulière et suffisante.

Dès lors, la capacité de travail en tant que femme de ménage est totale étant donné les limitations fonctionnelles mineures sur le plan ostéo-articulaire, ce qui rejoint l'avis et la décision de l'assurance invalidité. La reprise d'une activité, quelle qu'elle soit, peut même s'avérer bénéfique, étant donné les explications précédemment évoquées.

Profil d'effort : l'assurée ne présente pas d'atteinte physique susceptible d'influencer à la baisse sa capacité d'effort.

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle : la capacité de travail en tant que femme de ménage est complète,

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée : la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir sans port de charge lourde, est complète.

Pronostic : bon d'un point de vue rhumatologique. »

Concernant l'aspect psychiatrique, l'expert a observé ce qui suit :

« [...] Femme de 51 ans, d'origine kosovare, vit en Suisse depuis 1998, mariée, mère de trois enfants qui vivent en Suisse. Taille 160 cm, 80 kg. Entretien avec traductrice, l'expertisée ne parle pas et ne comprend pas le français.

[...]

Pendant ces années, aucune prise en charge psychologique-psychiatrique n'est réalisée, aucun traitement psychiatrique-psychologique, aucune médication de psychotropes d'après l'anamnèse et le dossier AI.

L'expertisée ne présente pas actuellement, février 2017, une pathologie psychique significative. L'expertisée exprime verbalement une certaine souffrance, avec des souvenirs de la guerre au Kosovo en 1998, en rapport avec ses problèmes de santé et en rapport avec sa situation actuelle de ne pas être pleinement utile à sa famille.

Pas de caractère et critère CIM-10 constaté pour des troubles de l'humeur (F30 - F39) - épisodes maniaques, troubles affectifs bipolaires - épisodes maniaques ou hypomaniaques, mixte, épisodes dépressifs, troubles dépressifs récurrents, troubles de l'humeur persistants, autres troubles de l'humeur, troubles de l'humeur sans précision (voir examen complémentaire - échelle dépression de Hamilton).

Pas de trouble dans l'état actuel de l'expertisée concernant les caractéristiques et les critères de CIM-10 F43.1 état de stress post-traumatique. Déjà l'intervalle temporaire de 6 mois est largement dépassé, mais en plus du refus de l'assurée de parler de ses souvenirs de la guerre et les troubles du sommeil, il n'y a pas d'autres symptômes allant avec ce diagnostic.

Pas de caractéristique et critère CIM-10 constaté en faveur d'un trouble : F45.0 somatisation

F45.1 troubles somatoformes indifférenciés.

F45.2 troubles hypocondriaques.

F45.3 dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme et F45.4 syndrome de douleur somatoforme persistant et F45.8 autres troubles somatoformes.

Pas de trouble constaté en faveur des caractéristiques et critères de F48 CIM-10, troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes : F40 troubles anxieux-phobiques, agoraphobie, F40.1 phobies sociales, F40.2 phobies spécifiques, F41 autres troubles anxieux - F41.0 troubles paniques (anxiété paroxystique), F41.1 anxiété généralisée, F41.2 troubles anxieux et dépressifs mixtes, F41.3 autres troubles anxieux mixtes, F41.8 autres troubles anxieux spécifiés et F41.9 troubles anxieux sans précision.

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. *Complexe « atteinte à la santé »*

i. *Expression des éléments pertinents pour le diagnostic*

Certains diagnostics évoqués dans les rapports médicaux du dossier AI (un état dépressif d'intensité moyenne consécutif à ses difficultés de santé et à une situation conjugale difficile), il n'est pas exclu qu'une autre partie de la symptomatologie ressentie par l'assurée relève d'une fibromyalgie. Elle présente des douleurs de type fibromyalgique dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, syndrome douloureux somatoforme persistant, difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, difficultés liées à l'acculturation) sont sans description de symptômes, caractéristiques et critères CIM-10.

ii. *Succès du traitement ou résistance à cet égard*

Pas de prise en charge psychiatrique ou psychologique. Pas de traitement psychiatrique réalisé. Pas de psychotropes utilisés. Du point de vue psychiatrique, l'expertisée va mieux, bien, pas de trouble psychiatrique actuel significatif.

iii. *Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard*

Pas de réadaptation réalisée, possible résistance.

iv. *Comorbidités ou multimorbidités*

Pas de pathologie psychiatrique actuelle significative.

b. *Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)*

Pas de traits, caractéristiques et critères CIM-10 pour un trouble spécifique ou non spécifique de la personnalité.

L'expertisée a certaines ressources personnelles : niveau intellectuel, capacité d'appliquer ses compétences, capacité de jugement, soins de soi, de s'assumer soi-même, contacts avec les autres, relations familiales. L'expertisée a vécu la guerre, a traversé des périodes difficiles de migration, a réussi à élever ses enfants.

c. *Complexe « contexte social »*

Différences socioculturelles, ethniques, incompétences linguistiques, niveau scolaire élémentaire, sans formation professionnelle, guerre dans le pays, migration.

B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)

d. *Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie*

La limitation ne paraît pas uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, par exemple la vie individuelle, familiale, relationnelle.

e. *Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation*

Une certaine souffrance est exprimée et a motivé l'expertisée d'effectuer des examens et des traitements, mais elle n'était pas suffisante pour provoquer une prise en charge psychologique-psychiatrique, un traitement psychiatrique.

Profil d'effort : l'expertisée a des capacités d'effort. Elle a réussi à traverser des étapes difficiles dans sa vie, la guerre dans le pays, migration, s'occuper de ses enfants et de sa famille.

Evaluation en vue de la synthèse pluridisciplinaire : du point de vue purement psychiatrique, la capacité de travail est totale dans une activité du marché économique libre et dans une activité adaptée.

Commentaires du dossier médical : certains diagnostics sont évoqués sans description des symptômes, caractéristiques et critères CIM-10. Pas de prise en charge psychologique ou psychiatrique, pas d'évaluation de son état par un psychiatre.

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle : pas d'activité professionnelle actuelle. Pas de prise en charge psychologique ou psychiatrique, pas d'évaluation de la capacité de travail par un psychiatre.

Analyse rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée : pas d'évaluation de la capacité de travail par un psychiatre, pas de prise en charge réalisée par un psychologue ou psychiatre.

Pronostic : bon du point de vue purement psychiatrique. »

Quant au consultant cardiologue, après un examen clinique, un électrocardiogramme et une échocardiographie, il a relevé que d'un point de vue objectif, l'évolution était tout à fait favorable sans évidence de progression de la maladie coronarienne, avec des fonctions systoliques globale et régionale du ventricule gauche tout à fait normales. Il a conclu à l'absence de limitation de la capacité de travail d'un point de vue cardiologique.

Dans un courrier du 11 mai 2017, l'OAI a déclaré se rallier aux conclusions des experts du R. _____ et a derechef proposé le rejet du recours de l'assurée.

Par détermination du 15 mai 2017, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du R. _____. Elle a fait valoir en substance que le volet cardiologique était trop bref, tandis que sur le plan psychiatrique ne faisait pas l'examen du diagnostic d'un état de stress post-traumatique. Elle a suggéré une surexpertise psychiatrique, voire éventuellement cardiologique.

L'OAI a persisté dans ses conclusions en date du 27 juin 2017, tandis que la recourante a confirmé ses réquisitions du 15 mai 2017 en date du 12 juillet 2017.

Le 30 avril 2018, la mandataire de la recourante a fait parvenir la liste détaillée de ses opérations pour le compte de la recourante.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 16 avril 2015 contre la décision de l'intimé du 9 mars 2015 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA. Il est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu de statuer sur le fond.

2. Est litigieux en l'espèce le droit à la rente d'invalidité de la recourante, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et le caractère invalidant des diverses atteintes à la santé diagnostiquées dans son cas.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

4. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – 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) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

b) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord 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 divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité

d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

c) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra 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 sera également tenu 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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 références citées).

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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

6. a) En l'espèce, la situation de la recourante a été examinée minutieusement au sein du R._____, dont le rapport répond en tous points aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ce document contient en effet une analyse pluridisciplinaire du cas au terme d'examens

cliniques détaillés, d'une discussion de l'ensemble des diagnostics évoqués en l'occurrence, ainsi qu'un descriptif des plaintes formulées par la recourante. Les conclusions des experts, dûment motivées et exemptes de contradictions, peuvent en conséquence être suivies.

On ajoutera que le rapport d'expertise du R. _____ remplit les exigences posées par la nouvelle jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux dans la mesure où l'expert psychiatre a procédé à son analyse en fonction de la grille d'évaluation déterminante.

b) Sur le plan cardiologique, la recourante soutient que le rapport _____ du Dr M. _____ est insuffisant. Il n'en demeure pas moins qu'il a fait suite à un examen clinique, un électrocardiogramme et une échocardiographie. Le spécialiste concerné a conclu à une fonction cardiaque normale. Il n'y a ainsi aucune raison de s'écarter de cette appréciation. On relèvera d'ailleurs qu'en janvier 2013, la Dresse D. _____ estimait elle-même la capacité de travail de la recourante à 70-80%, retenant une incapacité de travail de 30% au motif de dyspnée à l'effort sur un déconditionnement physique et une fatigue, problématiques toutes deux étrangères à la notion d'invalidité.

c) Du point de vue rhumatologique, l'experte a diagnostiqué des altérations débutantes minimales, concernant le rachis cervical bas et le rachis lombaire bas, fréquentes et banales à l'âge de la recourante. S'y ajoute un état de déconditionnement physique de longue date en raison d'un mode de vie très sédentaire, sans activité professionnelle depuis près de sept ans. Selon l'experte rhumatologue, les limitations fonctionnelles secondaires aux altérations dégénératives objectivées sont minimales. Seul le port de charges lourdes est déconseillé. Pour l'experte, la capacité de travail est en conséquence totale dans toute activité. Les douleurs alléguées évoquent soit un syndrome douloureux de type fibromyalgique versus un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces éléments, longuement discutés par la spécialiste en rhumatologie du R. _____, ne sauraient être remis en question.

c) Quant au volet psychiatrique, la recourante argue que l'expert n'a pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Or, l'expert a précisément exposé pourquoi il ne retient pas ce diagnostic, relevant l'absence de symptômes corrélatifs, hormis le refus de la recourante de s'exprimer sur les événements traumatisants de son passé. En outre, l'expert a relevé l'absence de traitement et de demande de soins à cet égard (consultation et médicaments) faute de pathologie psychique significative. Le spécialiste en psychiatrie du R._____ a par ailleurs souligné que certains diagnostics mentionnés dans les rapports médicaux versés au dossier de l'intimé ne contenaient aucune description des symptômes, des caractéristiques et des critères de la CIM-10. On ajoutera que l'expert a pris en considération certaines ressources personnelles dont la recourante demeure dotée.

d) S'agissant de l'analyse du trouble somatoforme douloureux, l'expert psychiatre du R._____ a notamment observé l'existence de différences socioculturelles, ethniques, les difficultés linguistiques, un niveau scolaire élémentaire, l'absence de formation professionnelle, la guerre dans le pays et la migration dans le cadre de l'analyse du « complexe social ». Quant à la catégorie « cohérence », l'expert a relevé que la limitation ne paraît pas uniforme dans tous les domaines comparables de la vie. Il a enfin noté qu'une certaine souffrance est exprimée et a motivé la recourante à effectuer des examens et des traitements mais sans prise en charge psychiatrique ou psychologique.

e) Etant donné les éléments mis en évidence ci-dessus, il convient de se rallier à l'appréciation communiquée par le R._____ et de conclure à une capacité de travail entière dans toutes activités en faveur de la recourante. En l'absence d'atteinte à la santé ayant valeur de maladie, il est donc superflu de procéder à une évaluation de son degré d'invalidité.

7. a) Cela étant, même s'il y avait lieu de prendre en considération une restriction de la capacité de travail dans l'activité

habituelle et de procéder à une comparaison des revenus, l'évaluation opérée par l'intimé pourrait être confirmée. On notera que la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité pris en compte dans son cas, ni le recours aux salaires statistiques pour fixer le revenu d'invalidé. Elle reproche uniquement à l'intimé un abattement à son sens insuffisant - à hauteur de 10% - sur le revenu d'invalidé déterminant.

b) En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1).

c) En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, une déduction de 10% sur le salaire statistique tiendrait largement compte des limitations fonctionnelles, somme toutes minimales, observées dans sa situation et de ses difficultés linguistiques.

8. Vu les considérants qui précèdent, l'intimé a nié à juste titre le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision du 9 mars 2015.

a) 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 de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat dans la mesure où elle a été exonérée de leur paiement par décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 21 avril 2015.

b) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Christine Graa à compter du 16 avril 2015 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Graa a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante en date du 30 avril 2018. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès, l'avocate précitée ayant fait état de 28 heures et 25 minutes de travail entre 2015 et 2017, ainsi que d'une heure et 10 minutes déployées en 2018. L'activité de Me Graa peut en définitive être arrêtée à 29 heures et 35 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

Un montant de 5'013 fr. doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2017, auquel il

convient d'ajouter les débours par 100 fr. et la TVA au taux de 8%, soit 409 fr.05, pour un total de 5'522 fr.05.

S'agissant des opérations effectuées en 2018, le montant reconnu à titre d'honoraires s'élève à 126 fr., auquel s'ajoute la TVA au taux de 7,7%, soit 9 fr. 70, pour un total de 135 fr. 70.

L'addition des montants précités met à jour un total de 5'657 fr. 75 dû au titre de l'assistance judiciaire pour la présente affaire. Cette rémunération est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 5'657 fr. 75 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 mars 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Christine Graa, conseil de la recourante, est arrêtée à 5'657 fr. 75 (cinq mille six cent cinquante-sept francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Christine Graa, à Lausanne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :