

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 janvier 2019

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Berthoud, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jérôme Bénédic, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante marocaine en Suisse depuis 1994 et titulaire d'une autorisation d'établissement de type « C » est mère au foyer sans formation scolaire ni professionnelle. Elle a déposé, le 23 avril 2010, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en indiquant souffrir de douleurs (tendinopathie) aux épaules des suites d'un accident de la voie publique du 9 juillet 2003. Etaient joints notamment :

- un courrier du 24 octobre 2005 du Dr P._____, spécialiste en pneumologie, allergologie et immunologie clinique, informant l'assurée du début d'un traitement (désensibilisation) d'une séance hebdomadaire sur une période de trois mois, puis à raison d'une fréquence mensuelle durant trois ans. Il y figurait une mention manuscrite d'un premier rendez-vous prévu le lundi 31 octobre 2005 ;

- une correspondance du 17 juin 2008 adressée à Me Jérôme Bénédic, conseil de l'assurée, dans laquelle le Dr L._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant à [...], mentionnait la description de douleurs à l'épaule de l'assurée depuis son accident du 9 juillet 2003 excluant le port de charges au niveau du bras gauche. Ce médecin notait une nette péjoration au niveau de la mobilité de l'épaule gauche, diminuée, depuis la mi-mai 2006. Les lésions étaient des contractures / inflammations des insertions tendineuses et le traitement consistait en de la physiothérapie (reprise depuis le 9 avril 2008) ainsi que la prise orale d'anti-inflammatoire Irfen®. Concernant l'évaluation de la capacité de travail de sa patiente, le Dr L._____ estimait nécessaire la mise en œuvre d'une expertise par un spécialiste en orthopédie ou rhumatologie ;

- un certificat du 8 avril 2010 du Dr L._____ attestant sur la base de son dossier que l'état de santé de l'assurée rendait impossible l'exercice d'une activité professionnelle.

A teneur d'un extrait de ses Comptes Individuels (CI) AVS du 1^{er} octobre 2009, l'assurée a cotisé en 2005 (2'191 fr.), 2006 (2'191 fr.) et de janvier à septembre 1997 (1'579 fr.) durant son activité auprès de l'employeur « Immeuble [...] ». Elle a cotisé également à l'AVS en février et mars 2000 (165 fr.) pour son activité pour le compte de l'[...]. Depuis janvier 2005, elle est inscrite en tant que personne sans activité lucrative.

Dans un rapport du 27 octobre 2009 au Dr L._____, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a posé les diagnostics d'omalgies bilatérales anamnesticquement (suite à un accident de voiture en 2003), de légers signes de conflits sous-acromiaux (conflits antéro-supérieurs bilatéraux) prédominant du côté droit, sans limitation de la mobilité scapulaire ddc (des deux côtés) et de syndrome douloureux chronique. Notant une mobilité passive non entravée des épaules et des examens neurologique / du rachis cervical et dorsal normaux, ce rhumatologue a décidé de ne pas pratiquer d'infiltration au niveau de l'épaule gauche, pareille infiltration n'ayant aucun effet favorable pour l'épaule droite. Le traitement se limitait à une prise en charge physiothérapeutique. Pour le Dr D._____, il existait une certaine discordance entre les plaintes alléguées et les constatations cliniques « somme toute rassurantes », avec une évolution symptomatique sans amélioration depuis 2003 et un échec de tous les traitements en faveur d'un syndrome douloureux chronique. Il estimait qu'une évaluation psychologique de l'assurée pouvait se justifier.

Dans le formulaire 531bis « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) » complété le 2 mai 2010, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé elle travaillerait à un taux de 50 % pour des raisons financières.

Dans un rapport du 11 mai 2010, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique et d'omalgies bilatérales chroniques depuis 2003. Les diagnostics non invalidants étaient ceux de canal lombaire étroit constitutionnel et de céphalées récidivantes / vertiges. Mentionnant un

pronostic défavorable (stabilisation ou augmentation des douleurs), le médecin traitant préconisait le maintien de la physiothérapie et la prise orale d'anti-inflammatoires à la demande. Sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente, le Dr L._____ retenait les limitations fonctionnelles suivantes : douleurs scapulaires et lombaires (augmentées par le travail physique) et blocages lombaires occasionnels. Ces restrictions entravaient l'exercice de toute activité professionnelle et rendaient les tâches ménagères habituelles difficiles à accomplir (repassage / aspirateur impossibles et préparation des repas difficile). Pour le médecin traitant, seul un travail non manuel et sans effort physique demeurait exigible. Il a joint les documents suivants sur l'état des épaules de l'assurée :

- un rapport « épaule gauche rotation externe et interne et en abduction » du 12 janvier 2006 du Dr W._____, radiologue de l'Institut [...] à [...], dont il ressort les constatations suivantes :

“Radiologiquement, il n’y a pas de séquelles majeures de fracture de l’épaule gauche, pas d’arthrose gléno-humérale ni acromio-claviculaire, pas de subluxation acromio-claviculaire, pas de calcifications amorphes de la coiffe. Le défilé sous-acromial est un petit peu aminci en rotation interne, mais pas en rotation externe, il peut y avoir là éventuellement un conflit sous-acromial. Pas d’autre lésion actuellement visible.” ;

- un rapport du 18 mai 2006 du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, faisant part de son étonnement en l'absence de la moindre amélioration après une physiothérapie ciblée dans un contexte social particulier, l'assurée et son époux attendant chacun une rente ;

- un rapport d'IRM de l'épaule droite du 30 mars 2009 du Dr H._____, radiologue du Centre [...] ([...]) à [...], concluant à une tendinopathie avec déchirures sans rétraction des tendons du sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire ainsi qu'à un épanchement avec bursite sous-acromio-sous-déltôidienne et capsulo-synovite d'accompagnement.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée en date du 3 novembre 2010 au domicile de l'assurée et en présence du mari de

cette dernière. Dans son rapport du 11 novembre 2010, l'enquêtrice E. _____ a retenu un statut de 100 % ménagère. Elle relevait à cet égard une mauvaise compréhension de la part de l'assurée sur le formulaire 531bis complété le 2 mai 2010, l'intéressée n'ayant jamais travaillé à l'extérieur depuis son arrivée en Suisse en 1994, ni effectué de recherches d'emploi. Le mari précisait le souhait de son épouse de fréquenter des cours de français afin de voir du monde sans mentionner de besoin pour elle d'avoir une activité professionnelle. Cela s'expliquait par l'impossibilité pour l'assurée de s'occuper de ses enfants tout en travaillant hors de la maison. L'enquêtrice retenait un total d'empêchements de 30.6 % dans l'accomplissement des travaux ménagers malgré l'aide fournie par l'entourage de l'assurée. L'enquêtrice évaluait notamment des empêchements de 30 % pour l'accomplissement de la tâche « 8.2 Alimentation », de 60 % pour « 8.3 Entretien du logement », de 10 % pour « 8.4 Emplettes et courses diverses », de 20 % pour « 8.5 Lessive et entretien des vêtements » et de 20 % pour « 8.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille », ceci avec les explications et motivations suivantes :

"[...]

8.2 Alimentation

Malgré l'atteinte, l'assurée cuisine un repas chaud à midi, prépare des recettes de son pays. Le repas du soir est composé de choses vite faites comme de la pizza et salade. Elle doit demander de l'aide à ses enfants pour vider l'eau des pâtes ou pour porter les grosses casseroles en raison de ses problèmes à l'épaule. La vaisselle est lavée à la main par l'intéressée, son mari pourrait l'aider mais ne le fait pas. Sa fille, quand [elle] est à la maison, apporte son aide. (Aide exigible)

Avant 2003, l'intéressée recevait souvent des visites pour les repas. Depuis, les personnes viennent uniquement pour boire le thé car n'arrive plus à faire des grandes quantités de nourriture.

Pas de problème pour nettoyer le frigo, le four est peu utilisé donc n'a pas besoin de nettoyage.

Depuis 2 ans, l'assurée ne fait plus sa cuisine en profondeur, demande de l'aide à une amie ou à son neveu.

8.3 Entretien du logement

Avant l'atteinte, l'assurée avait l'habitude de nettoyer son appartement qui est recouvert de tapis. Depuis, l'aspirateur, le lavage des sols et des vitres sont faits par son fils de 19 ans ou par une amie. La literie est changée avec l'aide de sa fille de 14 ans (aide exigible). L'assurée peut nettoyer le WC et le lavabo. Aide pour nettoyer la baignoire. L'assurée ne peut compter sur l'aide de son mari. Les à-fonds se font par étape quand les invités viennent

puisqu'elle leur demande chaque fois un service comme tirer un meuble et nettoyer derrière.

8.4 Emplettes et courses diverses

Les courses sont faites en compagnie de son mari qui véhicule l'assurée, comme avant l'atteinte. Depuis l'aggravation, les commissions sont laissées dans le coffre de la voiture. Son fils les monte dans l'appartement (aide exigible). L'intéressée peut les ranger avec l'aide de sa fille. Son époux gère les paiements et les services officiels puisque l'intéressée ne parle pas notre langue.

8.5 Lessive et entretien des vêtements

Avant l'atteinte, l'assurée gérait cette activité.

Depuis, son fils descend les corbeilles à la buanderie avant d'aller à son travail. (Aide exigible) L'intéressée trie, lave, puis plie les grosses pièces directement sur la machine à laver. Dans la journée, une amie remonte le linge propre.

Les petites choses sont lavées dans l'appartement par l'intéressée qui les suspend sur un petit étendage.

Depuis 2 ans, une amie l'aide à faire son repassage en raison de ses problèmes d'épaule. L'assurée est capable de repasser par étape de 15 min.

8.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille

Le mari de l'assurée a une fille de 28 ans, handicapée, vivant en institution. Le couple lui rend visite toutes les 2 semaines.

Les 2 autres enfants de 19 et 14 ans sont indépendants, aident dans les tâches ménagères, ne peuvent pas être soutenus dans leur travail scolaire en raison des problèmes de langue que leurs parents rencontrent mais aussi en raison de leurs problèmes de santé."

En relation avec son évaluation, l'enquêtrice E. _____ a relevé de manière générale ce qui suit :

"9 - Observations/Conclusions

L'entretien se déroule avec l'assurée et son mari.

L'évaluation des empêchements est difficile en raison du problème de langue. Le mari ne traduit pas spontanément la partie ménagère destinée à son épouse, répond à sa place, ramenant à plusieurs reprises la discussion à son problème de santé.

Les empêchements sont évalués selon une approche théorique car les réponses données ne sont pas précises. L'assurée, avec son problème d'épaules, ne peut plus faire les gros travaux ainsi que toute activité qui demande de lever les bras au-dessus de la tête. Il semble qu'elle peut gérer le reste de son ménage.

Madame A. _____ ne s'est jamais levée, reste assise sur ses jambes pliées pendant toute la discussion, semble déprimée, ne parle peu. Son mari se lève souvent pour chercher différents documents et n'a pas de problème pour s'exprimer."

Par projet de décision du 26 novembre 2010 - confirmé par décision du 15 février 2011 -, l'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé) a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit à la rente. Selon ses observations, l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels de 30.6 % de l'intéressée déterminait son degré d'invalidité. L'OAI indiquait en outre que le droit aux mesures d'ordre professionnel n'était également pas ouvert du fait que celle-ci était considérée comme ménagère à 100 %.

Par arrêt du 12 septembre 2011 (CASSO AI 86/11 - 423/2011), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours formé le 18 mars 2011, annulé la décision rendue le 15 février 2011 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan médical et nouvelle décision. Il ressort en particulier de cet arrêt de renvoi que, dans sa réponse du 16 juin 2011, l'Office AI avait conclu à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique en présence d'un traducteur, ce que l'assurée ne contestait pas aux termes de ses déterminations du 31 août 2011. L'OAI se basait sur les constatations et conclusions d'un avis du 6 juin 2011 des Drs B. _____ et G. _____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, dont il ressort en particulier ce qui suit :

"[...] Au vu de ce qui précède, nous sommes en présence d'une assurée présentant une atteinte modérée et banale des épaules accompagnée d'un syndrome douloureux chronique, équivalent à un trouble somatoforme douloureux persistant. Dans ces circonstances, la jurisprudence impose une expertise psychiatrique.

En ce qui concerne l'enquête ménagère, notre appréciation est la suivante :

- Alimentation : l'assurée ne devrait pas avoir de limitation dans ce domaine. Cette activité se déroule essentiellement à hauteur des hanches. Le port de charges peut être facilement fractionné.
- Entretien du logement : l'assurée n'est limitée que dans les travaux des bras au-dessus de l'horizontale. L'empêchement de 60% est certainement excessif.
- Emplettes et courses diverses : l'assurée peut sans aucun doute ranger ses emplettes sans aide en fractionnant les charges. L'empêchement de 10% est surévalué.

- Lessive et entretien des vêtements : l'assurée peut repasser 15 minutes, se reposer 5 minutes, et continuer ainsi sa tâche. L'empêchement de 20% est surévalué.
- Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille : la fille handicapée vit en institution et ne demande aucun soin. Le fait que l'assurée ne peut pas soutenir ses enfants de 14 et 19 ans dans leurs tâches scolaires en raison des problèmes de langue n'est pas à charge de l'Al. Il n'y a aucun empêchement pour raisons de maladie dans ce domaine.

En conclusion, nous pensons qu'une expertise bidisciplinaire, rhumato-psychiatrique, en présence d'un traducteur neutre, est indiquée. Il conviendrait de demander aux experts de se prononcer spécifiquement sur les empêchements ménagers."

Au terme d'un examen de l'assurée et de la prise de connaissance de l'entier de son dossier, dans un rapport d'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du 10 mai 2012, les Dresses Q._____, spécialiste en médecine interne, et N._____, psychiatre-psychothérapeute du Centre d'expertises médicales de la [...] ([...]) à [...], ont posé les diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'allergie aux pollens et aux fruits. Ces experts se sont prononcés notamment comme il suit sur l'état de santé de l'assurée :

"APPRECIATION DU CAS

Madame A._____, originaire du Maroc, mariée et mère de 2 enfants âgés de 21 et 16 ans, n'a jamais été scolarisée, ne sait ni lire, ni écrire, ne parle pas français et n'a aucune formation professionnelle. Elle vit en Suisse depuis 1993 où elle a exercé durant quelques mois une activité de concierge en 1994 pour un taux évalué à 50%.

En août 2003, Madame A._____, son mari et sa fille âgée de 7 ans sont victimes d'un accident de circulation en Espagne. Le mari de l'expertisée aurait subi un traumatisme sévère du rachis pour lequel il bénéficie actuellement d'une rente Al complète. La fille n'aura eu que des contusions.

Madame A._____ développe quant à elle des douleurs intenses de l'épaule gauche sans mise en évidence de lésion spécifique. L'évolution est marquée par une intensification de la symptomatologie douloureuse s'étendant à l'ensemble du corps. Dans ce contexte, Madame A._____ effectue une demande de prestations auprès de l'Al dans le sens d'une reconversion professionnelle ou d'une rente le 26.04.2010.

En 2009, le Dr D._____, rhumatologue, retient le diagnostic d'omalgies bilatérales avec de légers signes de conflit antéro-supérieur avec tendinopathie du sus-épineux des deux côtés et le

diagnostic de syndrome douloureux chronique. Il ne retient pas de limitation fonctionnelle dans une activité épargnant l'élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale.

Une enquête ménagère réalisée le 03.11.2010 conclut à un empêchement de 30,6%.

Le 15.02.2011, l'OAI annonce son refus de prestations. Madame A._____ effectue un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales critiquant en particulier l'évaluation des empêchements ménagers. Le 06.06.2011, le Dr B._____ du SMR propose une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Le Tribunal cantonal des assurances sociales admet le recours et confirme la proposition du Dr B._____. C'est dans ce contexte que l'OAI nous adresse Madame A._____.

Sur le plan rhumatologique, l'évolution a été défavorable marquée par une intensification des douleurs au niveau de l'épaule gauche, s'étendant ensuite à l'épaule droite puis en tache d'huile à l'ensemble du corps.

Madame A._____ décrit des douleurs quotidiennes, l'empêchant d'exercer ses activités ménagères, l'obligeant à demander continuellement de l'aide à domicile. Les douleurs ne répondent pas à tous les traitements entrepris.

L'examen clinique n'est pas contributif et ne met pas en évidence de lésion anatomo-pathologique spécifique. L'examen est marqué par des discordances notamment entre l'examen à proprement parler et lorsque l'expertisée s'habille ou se déshabille. Tous les signes de non-organicité de Waddell sont présents.

L'étude des documents radiologiques ne montre pas de lésion ostéo-articulaire spécifique significative hormis une lyse isthmique L5 droite vraisemblablement congénitale sans signe radiologique d'instabilité segmentaire.

La lyse isthmique L5 gauche n'explique en aucun cas l'ensemble et la persistance de la symptomatologie douloureuse. Par ailleurs, contrairement au Dr D._____, nous ne pensons pas que les omalgies bilatérales soient directement secondaires à une tendinopathie du sus-épineux des deux côtés. En effet, les lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs sont fréquentes, surviennent chez tous les individus à partir de l'âge de 40 ans et il n'y a aucune corrélation formelle entre une tendinopathie d'étiologie dégénérative et des omalgies.

Madame A._____ présente donc sur le plan rhumatologique une symptomatologie douloureuse diffuse touchant tant l'hémicorps supérieur qu'inférieur, droit que gauche, pour laquelle il n'y a actuellement pas dans le diagnostic différentiel d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, néoplasique, dégénérative, congénitale, auto-immune, traumatique, toxique, endocrinienne ou vasculaire.

Ce sont les douleurs en tant que telles, non expliquées par une lésion anatomique ou structurelle qui entraînent un handicap fonctionnel chez Madame A._____ pour effectuer ses activités ménagères.

En conclusion, du point de vue rhumatologique, nous n'avons pas de lésion anatomique structurelle ou d'affection ostéo-articulaire qui justifie une diminution de la capacité de travail dans l'activité ménagère ou dans toute activité professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, le parcours de vie est marqué par un travail très précoce, une absence de scolarité, Madame A. _____ ne sachant ni lire ni écrire. Elle effectue un mariage arrangé avec un cousin puis émigre en Suisse en 1993 où elle vit maintenant depuis 20 ans ne parlant toujours pas le français.

Lors de l'accident de circulation en 2003, Madame A. _____ dit avoir été choquée ayant eu peur pour sa vie mais surtout pour la vie de sa fillette qui n'aura finalement que quelques contusions. Elle décrit avoir eu suite à cet accident des réactions qui semblent s'apparenter à un syndrome de stress post-traumatique avec des angoisses, une peur panique des voitures, des reviviscences diurnes, des cauchemars. Ces symptômes se sont aujourd'hui atténués mais persistent des douleurs dans l'ensemble du corps.

Depuis l'accident, elle décrit une diminution de la thymie en lien avec ses douleurs mais n'a jamais bénéficié de traitement ou de prise en charge psychiatrique.

Actuellement, Madame A. _____ décrit une thymie diminuée, une perte de plaisir, des troubles du sommeil, une fatigue et au premier plan des douleurs diffuses.

A l'examen clinique, Madame A. _____ apparaît comme une personne plutôt vive, elle s'exprime de manière expressive, sans ralentissement ni signe de fatigue ou d'inconfort et Madame A. _____ discutera volontiers avec l'interprète.

Au vu de ces éléments et des douleurs envahissantes non expliquées par des lésions organiques objectives, mais qui entraînent cependant un sentiment de détresse avec difficultés de mener à bien toutes ses activités quotidiennes ménagères, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Nous ne retenons pas le diagnostic de trouble dépressif à proprement parler, les troubles décrits et constatés entrant dans le cadre d'une thymie abaissée, conséquence des douleurs et faisant partie du syndrome douloureux somatoforme persistant en lui-même. D'autre part, nous ne retenons pas non plus le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité, Madame A. _____ évoquant des rêves et des souvenirs douloureux liés à l'accident sans toutefois d'états émotionnels, tels que l'angoisse, l'hypervigilance, l'évitement qui l'accompagnent. Ainsi, nous ne retrouvons pas chez Madame A. _____ de comorbidité psychiatrique.

Par ailleurs, Madame A. _____ décrit une sociabilité conservée avec des voisins et des amies qui l'aident, qui la soutiennent et qui lui rendent régulièrement visite. Elle se rend à des cours de français au centre d'[...], désire s'inscrire à des cours de couture et elle se rend deux fois par semaine à la mosquée où elle rencontre des compatriotes.

Concernant les traitements, Madame A. _____ n'a jamais bénéficié de traitement antidépresseur ni de suivi psychiatrique.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique et sans désintégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Ce syndrome douloureux chronique ne comporte pas de critère de gravité suffisant permettant de justifier des limitations fonctionnelles dans quelque activité qu'elle soit. De même, il n'y a pas non plus de limitation psychique dans les activités ménagères.

En conclusion, au terme de notre bilan somatique et psychiatrique, nous retenons le diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant qui n'entraîne pas de répercussion sur la capacité de travail. Nous estimons que Madame A._____ présente une capacité de travail entière dans son ancienne activité de conciergerie ou dans toute autre activité professionnelle. Concernant les empêchements ménagers, nous rejoignons l'avis du Dr B._____ du SMR, qui dans son avis du mois de juin 2011 estimait que les empêchements effectués lors de l'enquête ménagère étaient surévalués. A notre avis, au vu des diagnostics retenus sur le plan médical, il n'y a pas d'empêchement ménager. Le pronostic quant à une reprise du travail est cependant extrêmement réservé au vu de facteurs non médicaux, à savoir l'analphabétisme, l'absence de maîtrise du français, et surtout le fait que Madame A._____ n'ait pratiquement jamais eu de réelle activité dans le monde économique normal en dehors de quelques mois de conciergerie à son arrivée en Suisse.

REPONSES AUX QUESTIONS

- Degré de la capacité de travail résiduelle en % d'activité lucrative exercée (ou des travaux habituels pour les ménagères) avant la survenue de l'atteinte à la santé?

100% en tant que concierge, 100% pour les travaux habituels du ménage.

- A quelle date la capacité de travail a-t-elle subi une réduction de 25% au moins?

En 2003. Après l'accident, il est possible que Madame A._____ ait présenté durant quelques mois une diminution de la capacité de travail qu'il est difficile d'évaluer avec précision *a posteriori*.

- Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Madame A._____ s'est toujours sentie incapable depuis lors d'exercer une activité professionnelle ou les tâches de son ménage alors qu'aucune affection médicale objective ne justifie d'incapacité de travail ou ménagère depuis plusieurs années.

- Pronostic (de la capacité de travail) ?

Le pronostic est très réservé en raison du manque de motivation et des éléments décrits dans l'appréciation.

- La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures médicales oui Xnon

Madame A._____ ne présente pas de comorbidité psychiatrique susceptible de répondre à un traitement. Tous les traitements médicaux rhumatologiques ont été déjà mis en œuvre sans amélioration de la symptomatologie douloureuse.

- La capacité de travail peut-elle être améliorée par des mesures d'ordre professionnel ?

oui Xnon (si non, pour quelles raisons)

- Un reclassement professionnel est-il judicieux ?

oui Xnon

si oui, quel(s) point(s) le conseiller devrait-il prendre en considération?

• Quelles sont les limitations dues à l'atteinte à la santé (préciser ce qui convient):

[x] Position de travail (debout, assis, etc.): devrait alterner les positions de travail debout/assise.

[] Horaire: [] à plein temps [] à mi-temps [] autres

[x] Port de charges: limité par les douleurs, devrait éviter le port de charges > à 10 kg.

[x] Travaux lourds : devraient être évités.

[] Marche :

[] Nuisances diverses: bruit, poussières, etc. :

[] Conditions de travail (milieu ouvert, protégé):

[] Niveau de formation:

[] Capacité d'apprendre:

[x] Motivation : faible.

[] Autres:

• La capacité de travail peut-elle être améliorée par des moyens auxiliaires ?

oui Xnon

si oui, lesquels ?

• Quelle capacité de travail peut-on espérer dans un emploi adapté?

100%."

Au terme d'un avis du 21 mai 2012, le Dr B._____ notait qu'en concluant à un syndrome douloureux somatoforme persistant sans relever d'atteinte somatique, les experts s'écartaient de l'avis du Dr D._____ concluant à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Ce médecin observait par ailleurs qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique significative, les experts renaient finalement une pleine capacité de travail en toute activité du domaine de compétences de l'expertisée et qu'il n'y avait pas davantage d'empêchement ménager. Ce faisant, le Dr B._____ faisait sien l'avis des experts de la [...].

Par projet de décision du 12 novembre 2012 - intégralement confirmé par décision du 16 avril 2013 -, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser le droit aux prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Nous nous référons à l’arrêt du 12 septembre 2011 du Tribunal Cantonal des Assurances. Nous avons mandaté le Centre [...] de la [...] pour une expertise pluridisciplinaire. Cette expertise a été réalisée le 6 mars 2012 pour un examen de médecine interne, le 27 mars 2012 pour un consilium psychiatrique et enfin le 4 avril 2012 pour un consilium rhumatologique.

En conclusion, au terme du bilan somatique et psychiatrique, nous retenons le diagnostic d’un syndrome douloureux somatoforme persistant qui n’entraîne pas de répercussion sur la capacité de travail. Nous estimons que vous présentez une capacité de travail entière dans votre ancienne activité de conciergerie ou dans toute autre activité professionnelle. Dans ce contexte, nous ne retenons aucun empêchement dans le ménage.

Après votre accident en 2003, vous vous êtes toujours sentie incapable depuis lors d’exercer une activité professionnelle ou les tâches de votre ménage, alors qu’aucune affection médicale objective ne justifie d’incapacité de travail ou ménagère depuis plusieurs années.”

B. Par acte du 17 mai 2013, A._____, représentée par Me Jérôme Bénédicte, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu’elle a droit à une demi-rente dès le 9 juillet 2004 et subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l’OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants de l’arrêt à intervenir. Elle allègue, en substance, être considérablement gênée dans l’accomplissement des tâches ménagères en raison de douleurs (tendinopathie) aux deux épaules dont elle se dit affectée depuis 2003. S’ajoutent à cela des allergies à certains fruits et légumes qui la handicaperaient dans ses activités de cuisine. Elle soutient présenter ainsi une invalidité de 54.2 % dont le détail, selon le chiffre « 8. Travaux » du rapport d’enquête économique sur le ménage du 11 novembre 2010, se présenterait de la manière suivante :

“8.1 Conduite du ménage :
pondération : 4% ; empêchement : 0% ; invalidité : 0%

8.2 Alimentation :
pondération : 42% ; empêchement : 50% ; invalidité : 21%

8.3 Entretien du logement :
pondération : 20% ; empêchement : 80% ; invalidité : 16%

8.4 Emplettes et courses diverses :
pondération : 8% ; empêchement : 90% ; invalidité : 7.2%

8.5 Lessive et entretien des vêtements :
pondération : 16% ; empêchement : 50% ; invalidité : 8%

8.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille :
pondération : 10% ; empêchement : 20% ; invalidité : 2%

8.7 Divers :
pondération : 0% ; empêchement : 0% ; invalidité : 0%”

S’agissant du rapport bidisciplinaire du 10 mai 2012, la recourante prétend que les experts n’auraient pas diagnostiqué, à tort, un trouble dépressif durable et autonome, avec la précision qu’il n’y a eu qu’une seule consultation de psychiatrie le 27 mars 2012. Exposant ne pas disposer des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs, elle reproche aux experts d’être partis de la prémisse erronée voulant qu’un syndrome douloureux somatoforme chronique ne pourrait pas être reconnu comme invalidant ou comme justifiant une incapacité de travail de longue durée sans investiguer sa situation personnelle sous l’aspect de la surmontabilité. Elle fait encore valoir que ni la décision attaquée ni le rapport d’expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012 n’excluent de possibles atteintes somatiques incapacitantes des suites de l’accident de 2003 sur la durée.

Par décision du 19 septembre 2013 du juge instructeur de la Cour de céans, la recourante s’est vue accorder le bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 17 mai 2013, Me Jérôme Bénédicte étant désigné en tant qu’avocat d’office.

Dans sa réponse du 17 octobre 2013, l’OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il observe l’absence d’élément objectif nouveau susceptible de rediscuter les conclusions du rapport d’expertise au dossier.

Le 14 janvier 2014, la recourante a produit la copie d’un rapport « IRM colonne lombaire » du 6 décembre 2013 du Dr K._____, radiologue de l’Institut d’imagerie médicale [...] SA à [...], dont les conclusions sont les suivantes :

“Conclusion :

En L4-L5, discopathie et arthrose interfacettaire bilatérale débutante. En L5-S1, discopathie, protrusion discale paramédiane droite au contact de l'émergence de la racine S1 droite, mais sans conflit radiologiquement certain, arthrose interfacettaire bilatérale à prédominance gauche prononcée.”

Le 29 avril 2014, en réplique, la recourante a implicitement maintenu ses précédentes conclusions. Elle a encore produit un rapport du 16 avril 2014 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie ; se basant sur l'IRM de la colonne lombaire effectuée le 6 décembre 2013, ce médecin y voit des éléments « nouveaux » susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge infiltrative antalgique mais aussi et d'autre part, de modifier l'aspect assécurologique de l'appréciation de la situation « les évictions rachidiennes fonctionnelles limitant les activités susceptibles d'aggraver la situation actuelle ».

Dans sa duplique du 21 mai 2014, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a produit un avis SMR du 13 mai 2014 des Drs B._____ et M._____ dont il ressort que les nouveaux documents produits ne comportent pas d'élément médical objectif omis lors de l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) du printemps 2012 ou d'apparition postérieure.

Le 20 novembre 2014, la recourante a communiqué une liste de témoins - parmi lesquels figurent notamment sa fille et son mari - dont elle requiert l'audition par la Cour de céans. Indiquant rester dans l'attente de données médicales complémentaires, elle a sollicité une prolongation d'un mois pour les produire.

C. Le 28 novembre 2016, le magistrat instructeur a confié au Y._____ (ci-après : Y._____) à [...], le soin de procéder à l'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) de A._____. Effectuée par les Dresses I._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, toutes deux expertes médicales SIM, et avec le concours d'une interprète

professionnelle, l'expertise se fonde sur des examens cliniques (somatique [2h15] et psychiatrique [1h30]) effectués le 1^{er} mai 2017 ainsi que sur le dossier médical mis à la disposition des experts. Déposé le 15 août 2017, leur rapport résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, comprend l'anamnèse psychosociale et professionnelle, relate l'évolution somatique et psychopathologique de l'assurée avec le résultat des thérapies suivies, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte les plaintes sur les plans rhumatologique et psychiatrique et rend compte du status clinique ainsi que des examens complémentaires pratiqués (taux sérique d'Escitalopram [Cipralox®] 10 mg/j. du 1^{er} mai 2017 et radiographies des genoux/épaule/colonne cervicale et lombaire du 9 mai 2017 pour bilan rhumatologique). Ecartant tout diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu, sur la base de leur analyse, les diagnostics non incapacitants suivants :

"Au plan somatique

Spondylolisthésis de premier degré L5-S1, G76.2

Discrètes atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, compatibles avec l'âge, M47.9

Dysbalances musculaires (par manque d'exercice physique et excès pondéral) Z72.3

Syndrome métabolique avec excès pondéral, diabète de type 2, E88.9

Status après cholécystectomie par laparoscopie en 2012

Au plan psychique

Aucun."

En guise de conclusion, les experts se sont exprimés en ces termes :

"3. Interaction des diagnostics

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

Pas de comorbidité psychiatrique qui interagisse.

L'excès pondéral se répercute par une hypertrophie et une ptose abdominale et mammaire pouvant donner lieu à des tensions tendino-ligamentaires des ceintures scapulaires et pelviennes. Vu la sédentarité cela est insuffisamment compensé par la sangle

musculaire abdominale et donne lieu à des dysbalances musculaires étagées du rachis. Il est indiqué que Mme ait un meilleur contrôle de son excès pondéral et qu'elle s'astreigne à des activités physiques plus régulières, comme la Ligue vaudoise du rhumatisme en propose ou d'elle-même en effectuant un périmètre de marche plus conséquent au quotidien par ex. ou de l'aquagym, du fitness dirigé."

Dans ses déterminations du 7 septembre 2017, l'OAI a fait siennes les conclusions des experts du Y._____ en notant l'absence de trouble somatoforme douloureux et d'une incapacité en lien avec l'accomplissement des travaux ménagers, voire dans l'exercice d'une activité professionnelle. L'intimé a par conséquent maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée.

De son côté, la recourante a bénéficié de très nombreuses prolongations de délai pour déposer des déterminations et elle n'en a rien fait, sa dernière requête ayant été rejetée par courrier du juge instructeur du 24 octobre 2018.

Le 22 novembre 2018, Me Bénédicte a produit la liste détaillée de ses opérations et débours.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 et 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le 15 février 2011, l'intimé a nié une première fois le droit à la rente de la recourante. Après avoir complété l'instruction de la cause sur le plan médical après l'arrêt de la Cour de céans annulant la décision du 15 février 2011 (CASSO AI 86/11 - 423/2011), l'OAI a, par décision du 16 avril 2013 intitulée « Pas de droit à des prestations de l'AI », rejeté le droit à la rente ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel. Dans ses écritures, la recourante ne conteste toutefois pas le refus par l'AI de ces dernières mesures. Elle prétend uniquement à une demi-rente dès le 9 juillet 2004.

3. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

b) Il convient de relever d'emblée que si les rapports des 6 décembre 2013 du Dr K._____ et 16 avril 2014 du Dr F._____ ont été établis postérieurement à la décision litigieuse du 16 avril 2013, ces éléments ont toutefois été examinés et pris en compte par les experts du Y._____ dans le cadre de leur expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au printemps 2017.

4. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TFA C 85/2003 du 20 octobre 2003 consid. 1.1).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné pour la période après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^e révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). A partir du 1^{er} janvier 2008 est entrée en vigueur la 5^e révision de la LAI, dont les normes sont applicables au présent cas dans leur teneur consécutive à cette modification législative.

En tout état de cause, les principes antérieurs développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité tant sous l'empire de la 4^e révision que sous la 5^e révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4.1).

Depuis le 1^{er} janvier 2012, est par ailleurs entrée en vigueur la 6^e révision AI.

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte

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

c) Toute invalidité n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente ; à compter du 1^{er} janvier 2004, selon l'art. 28 al. 1 LAI (4^e révision), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (cet échelonnement correspond par ailleurs à celui figurant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2008).

d) Le statut de l'assuré (assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel) détermine la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable, entre les trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs, art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA et l'art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, art. 28a al. 3 LAI). La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait

interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 et la référence).

e) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee p. 353).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable

(ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées).

5. 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).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la 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). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte

des 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

7. a) En l'espèce, pour la question du statut, si l'assurée avait indiqué dans le formulaire 531bis complété le 2 mai 2010 que sans atteinte à la santé elle travaillerait à un taux de 50 % pour des raisons financières, elle a déclaré par la suite à l'enquêtrice E. _____ que cela l'avait été en raison d'une mauvaise compréhension de sa part du formulaire précité. Cela semble cohérent compte tenu du fait que l'intéressée, non scolarisée et sans aucune formation professionnelle, est analphabète que ce soit dans sa langue maternelle ou en français qu'elle ne maîtrise d'ailleurs pas malgré son arrivée en Suisse il y a de cela plus de vingt ans. Même si elle a déclaré à l'enquêtrice ménagère n'avoir jamais travaillé à l'extérieur depuis son arrivée en Suisse, ni n'avoir effectué de recherches d'emploi, il ressort des extraits de ses Comptes Individuels (CI) AVS que la recourante a perçu toutefois de modestes revenus d'activités exercées dans la conciergerie de janvier 1995 à septembre 1997 puis en dernier lieu en février et mars 2000. L'intéressée ne le conteste d'ailleurs pas.

Il s'ensuit que le statut de la recourante est celui de ménagère à 100 % ayant travaillé antérieurement dans le secteur de la conciergerie comme l'a retenu l'OAI aux termes de sa décision.

b) La recourante soutient en premier lieu présenter un empêchement total de 54.2 % dans l'accomplissement de ses tâches ménagères habituelles. Elle rediscute à cet égard les données sous le chiffre « 8. Travaux » du rapport d'enquête économique de novembre 2010 ; ce faisant, elle oppose son appréciation personnelle pour ses empêchements dans la plupart des travaux habituels. Si son propre point de vue ne saurait prévaloir en lui-même, l'intéressée semble par ailleurs perdre de vue que la décision attaquée s'écarte des résultats du rapport

de l'enquêtrice en se ralliant aux conclusions des experts du Centre [...] de la [...]; ce faisant, l'OAI retient l'absence de tout empêchement dans la tenue du ménage.

Il est ici le lieu de rappeler que si l'enquête économique sur le ménage permet en premier d'estimer l'étendue d'empêchements dus à des troubles physiques, elle conserve néanmoins valeur probante lorsqu'il s'agit d'évaluer les empêchements que l'intéressé rencontre dans l'exercice de ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique (cf. TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en général, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/2003 du 22 décembre 2003, consid. 4.2.1 *in* : VSI 2004 p. 137). Cette priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent. Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [TF I 90/2002 du 30 décembre 2002]) puis cas échéant en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TFA I 733/2003 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

c) Dans leur rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012, appelées à se prononcer en particulier sur la question des empêchements ménagers de l'expertisée, les Dresses Q._____ et N._____ rejoignent l'avis SMR de juin 2011 dont il ressort que les

empêchements retenus lors de l'enquête ménagère de novembre 2010 ont été surévalués. Au vu des diagnostics posés après leurs examens cliniques de la recourante, ces experts sont en effet d'avis qu'il n'y a pas d'empêchement ménager (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012 des Dresses Q._____ et N._____, p. 18). Dans leur avis du 6 juin 2011, les Drs B._____ et G._____ exposent dans le détail, et pour chacun des travaux ménagers, les motifs pour lesquels il convient de se distancer des résultats de l'enquête économique sur le ménage. Ainsi, s'agissant de l'activité « Alimentation » il ne devrait pas y avoir de limitation étant donné que cette activité se déroule essentiellement à hauteur des hanches et avec un port de charges pouvant être fractionné. Concernant l'activité « Entretien du logement », l'assurée n'étant limitée que pour l'exécution des travaux des bras au-dessus de l'horizontale, l'empêchement de 60 % est certainement excessif. Quant à l'activité « Emplettes et courses diverses », la recourante étant apte à ranger ses achats sans aide en fractionnant les charges, l'empêchement de 10 % est surévalué. Pour le poste « Lessive et entretien des vêtements », l'assurée est en mesure de repasser 15 minutes durant avec une pause de 5 minutes et ainsi continuer sa tâche de sorte que l'empêchement de 20 % est surévalué. S'agissant pour terminer de l'activité « Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille », la fille de l'époux de la recourante ne requiert aucun soin dès lors qu'elle vit en institution. Le seul fait que l'intéressée ne soit pas en mesure de soutenir ses enfants de 14 et 19 ans dans leurs tâches scolaires en raison de problèmes de langue n'incombe clairement pas à la charge de l'office intimé. Il en résulte l'absence d'empêchement de nature médicale dans ce dernier domaine.

Les constatations et appréciations médicales précises et cohérentes précitées permettent de déterminer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, les empêchements que rencontre l'assurée dans la tenue du ménage ; on ne peut dès lors que préférer le rapport d'expertise bidisciplinaire, respectivement l'avis SMR auquel il est fait référence, aux résultats de l'enquête économique sur le ménage au dossier. Le 15 août 2017, les Dresses I._____ et T._____ retiennent à leur tour que « l'activité de ménagère correspond aux

aptitudes de l'expertisée » (rapport d'expertise p. 42). Dans ces conditions, le premier grief de la recourante, mal fondé, est rejeté.

8. a) A. _____ reproche ensuite à l'intimé d'avoir évalué son état de santé sur la base des constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012 des Dresses Q. _____ et N. _____ ; ces experts n'auraient pas retenu l'existence d'un trouble dépressif durable et nié à tort tout caractère invalidant au syndrome douloureux somatoforme chronique. Au plan somatique, le caractère invalidant des atteintes des suites de l'accident de 2003 n'aurait pas été exclu de manière convaincante.

b) Dans le contexte de la persistance d'une symptomatologie douloureuse chronique (cf. rapport du 27 octobre 2009 du Dr D. _____ et rapport du 11 mai 2010 du Dr L. _____) les médecins consultés et leurs confrères au SMR se sont accordés sur l'affection de syndrome douloureux chronique équivalent à un trouble somatoforme douloureux persistant (cf. avis SMR du 6 juin 2011 des Drs B. _____ et G. _____). Il convient dès lors d'examiner le caractère invalidant ou non de cette atteinte à la santé.

La recourante a été examinée le 27 mars 2012 par la Dresse N. _____ de la [...] qui a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) sans influence sur la capacité de travail. Ce psychiatre a passé en revue les critères tirés de la jurisprudence antérieure permettant d'apprécier le caractère invalidant de l'affection en question.

Dans ses dernières déterminations, l'OAI se rallie aux constatations et conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 15 août 2017 des Dresses I. _____ et T. _____.

Posant les diagnostics non incapacitants de spondylolisthésis de premier degré L5-S1 (G76.2), discrètes atteintes dégénératives de l'appareil locomoteur, compatible avec l'âge (M47.9), dysbalances musculaires (par manque d'exercice physique et excès pondéral ; Z72.3),

syndrome métabolique avec excès pondéral, diabète de type 2 (E88.9) et status après cholecystectomie par laparoscopie en 2012, les experts du Y._____ ont constaté une totale capacité de travail de l'assurée comme ménagère à plein temps « pour autant que Mme s'organise pour limiter les charges à 10 kg de manière occasionnelle et à 5 kg de manière régulière, et qu'elle alterne les tâches ». Concernant plus spécifiquement le syndrome douloureux somatoforme persistant précédemment observé, la Dresse T._____ a indiqué ce qui suit :

“A l'examen de ce jour, Madame est venue accompagnée d'un neveu. Elle est ponctuelle.

Faute d'une scolarisation, ne sachant ni lire, ni écrire, ni calculer, Madame dit ne pas être en mesure de donner des dates précises, ni l'âge des membres de sa famille ; l'anamnèse est alors complétée par le neveu.

Ne maîtrisant pas le français, Madame nécessite une interprète de langue arabe. L'interaction est bonne, tant avec l'interprète qu'avec moi-même.

Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est mise en évidence. Madame répond rapidement aux questions posées. Durant l'entretien, elle est dans l'ensemble souriante et prolixe.

Aucun signe d'inconfort ou douloureux n'est présenté par l'expertisée.

L'humeur est bien modulée. Le seuil anxiogène est dans les normes.

Aucun symptôme neurovégétatif n'est présent durant l'examen.

A l'évocation de l'accident, Madame ne présente pas d'émotion particulière, d'attaque de panique ou de symptôme neuro-végétatif.

Dans les éléments florides de la lignée dépressive sont relatés une humeur dépressive (non objectivée, Madame est souriante et tonique), une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie (non objectivé), des troubles du sommeil secondaires à des douleurs et une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer (non objectivée).

La sociabilité est quotidienne et variée ; Madame apprécie rencontrer ses amies et sa famille. Deux fois par année, Madame se rend avec son mari et leurs enfants dans leur maison au Maroc où ils séjournent entre 2 mois et 2 mois ½. Les déplacements se font en avion. Au Maroc, Madame se baigne régulièrement, appréciant ce loisir.

Madame apprécie cuisiner. Ponctuellement, elle fait des courses seule ou avec une amie.

Quotidiennement, Madame pratique les cinq prières de sa religion, ce qui représente un soutien. Les vendredis, Madame se rend régulièrement à la mosquée.

Quant à ses activités ménagères, Madame dit être aidée par ses amies, sans que l'on ne puisse en expliquer la raison sur un plan psychopathologique. En effet, rien ne justifie une incapacité dans l'activité de ménagère sur le plan psychique.

La recherche pour une anxiété généralisée, des attaques de panique, un trouble obsessionnel compulsif, un trouble affectif bipolaire, un état de stress post-traumatique ou une psychose, est négative.

La personnalité est frustrée et peu différenciée, sans que l'on ne puisse toutefois conclure à un trouble de personnalité selon la définition de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10.

En l'absence d'une détresse émotionnelle et de conflits psychosociaux majeurs, je ne retiens pas un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais celui d'amplification de symptômes. Ceci ne représente pas un diagnostic dans la CIM-10, mais un comportement. Comparé à l'expertise réalisée le 10 mai 2012 qui concluait à un syndrome douloureux somatoforme persistant (non incapacitant), l'évolution est par conséquent favorable.

Le taux sérique d'escitalopram effectué le jour de l'expertise montre un taux faible pour la dose, compatible avec un possible métabolisme rapide et/ou une adhésion médicamenteuse partielle.

Des facteurs extra-médicaux sont au premier plan, telle l'absence de scolarisation, le non maîtrise de l'écriture, de la lecture, du calcul et de la langue française et de toute formation.

En l'absence de trouble psychique, je ne retiens pas de limitation. La capacité de travail est entière, dans une activité simple."

Malgré le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant évoqué en son temps par les Drs D._____, L._____ et leurs confrères au SMR ainsi qu'en 2012 par la Dresse N._____, il n'y a pas lieu d'examiner la situation au regard des principes applicables en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281). Dans le contexte d'une évolution favorable, la recourante dispose en effet d'importantes ressources, ainsi que l'atteste le descriptif contenu dans le volet psychiatrique de l'expertise de 2017. Se fiant aux règles de l'art par référence à un système de classification reconnu et en tenant compte de ses constatations cliniques, la Dresse T._____ a retenu que la capacité

de travail de l'intéressée est entière. En l'absence d'élément contraire, on ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de cette analyse qui emporte la conviction.

Au plan rhumatologique, l'ensemble des médecins consultés ont fait part d'une évolution défavorable (stabilisation ou augmentation des douleurs) depuis l'accident de juillet 2003 malgré les traitements suivis à ce jour (cf. rapport du 18 mai 2006 du Dr X._____, rapport du 27 octobre 2009 du Dr D._____, et celui du 11 mai 2010 du Dr L._____) avec une intensification des douleurs d'abord à l'épaule gauche s'étendant ensuite à l'autre épaule, puis affectant l'ensemble du corps. Se basant sur les IRM des épaules (cf. rapport du 12 janvier 2006 du Dr W._____ et rapport du 30 mars 2009 du Dr H._____), le Dr D._____, dans son rapport du 27 octobre 2009, a posé notamment le diagnostic d'omalgies bilatérales consécutives à une tendinopathie du sus-épineux des deux côtés. Ce spécialiste n'a pas tenté une infiltration au niveau de l'épaule gauche en raison de l'âge de l'intéressée ; le traitement s'est dès lors limité à une prise en charge physiothérapeutique.

La recourante a été expertisée les 6 mars et 4 avril 2012 à la [...]. Les experts n'ont alors pas posé de diagnostics invalidants ; l'examen clinique, marqué par des discordances, n'était pas contributif de sorte qu'il n'existait pas de diagnostic différentiel d'éléments orientant vers une étiologie inflammatoire, infectieuse, néoplastique, dégénérative, congénitale, auto-immune, traumatique, toxique, endocrinienne ou vasculaire de la symptomatologie douloureuse diffuse touchant tout le corps de la recourante (cf. rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012 des Dresses Q._____ et N._____ pp. 13 et 16).

Aux termes de son examen du 1^{er} mai 2017, la Dresse I._____, expert rhumatologue, s'est exprimée comme suit :

"L'examen objectif montre une dame qui garde un excellent état général pour son âge, vive, prolixe, détendue lorsqu'elle s'adresse à la traductrice. Sa gestuelle spontanée est ample, aisée, souple, précise, sans épargne ni limitation. Par exemple, en se déshabillant et se rhabillant elle a démontré spontanément des mouvements

libres des deux épaules jusqu'à 180° d'abduction-antépulsion. Elle a pu ôter et remettre ses socquettes debout, en appui monopodal alterné, sans épargne du rachis, en discrète flexion du tronc vers les membres inférieurs, la cuisse repliée. Elle démontre une parfaite autonomie dans l'utilisation de son téléphone portable.

Son indice de masse corporelle est resté le même que lors de l'expertise précédente, il y a 5 ans, avec un excès pondéral modéré qui se répercute par une hypertrophie et une ptose mammaire influençant négativement la statique rachidienne d'autant que cela s'associe à un certain relâchement de la sangle abdominale chez cette dame de nature sédentaire.

L'examen de médecine interne générale reste normal mis à part un discret status variqueux des membres inférieurs, sans œdème et un abdomen sensible à la palpation le long du cadre colique dans le contexte d'une constipation chronique opiniâtre connue.

Mme explique son hyperkératose en regard des genoux par le fait qu'elle s'agenouille et reste à genoux pour ses prières plusieurs fois/jour.

Il n'y a pas de limitation des amplitudes articulaires des membres, ni au niveau du rachis, que ce soit à l'étage, cervical, dorsal, lombaire.

On relève des foyers de myogéloses (tensions musculaires) en ceinture scapulaire inhérentes à la dysbalance musculaire associée à l'hypertrophie et la ptose mammaire.

Il n'y a pas de signe de congestion articulaire.

La mise sous tension des différents groupes musculaires atteste d'une fonction préservée, même si cela est quelque peu parasité par des phénomènes de lâchages, non systématisés et contrastant avec des contre-pulsions peu après sur les mêmes groupes musculaires, variant en fonction de la distractibilité de l'expertisée.

Il n'y a pas de signe d'appel neurologique, notamment pas de signe radiculaire irritatif ni déficitaire. Les tests d'équilibre et de précision sont parfaitement réalisés.

Mme est restée vive et prolixe tout au long de l'examen sans démontrer de signe évident de fatigue.

Elle garde des points d'allodynie compatibles avec ce que l'on retrouve dans la fibromyalgie mais en nombre moindre que ce qui avait été démontré lors de l'expertise de 2012 tout en gardant des points contrôle positifs et des éléments de discordance, en nombre.

La confrontation radio-clinique avec les radiographies réalisées le 00.05.2017 montre des signes dégénératifs mineurs à l'étage cervical, dorsal, et lombaire, compatibles avec l'âge. Elle confirme la présence d'un olisthésis de L5 sur S1 de degré 1 légèrement instable sur les clichés fonctionnels mais sans nette évolution par rapport aux descriptifs d'IRM de 2013 et aux descriptifs radiologiques évoqués dans l'expertise de 2012. Cela était connu depuis longtemps.

On mentionne ces éléments dans les rapports radiologiques depuis une vingtaine d'années. La description d'une lyse isthmique évoque une ancienne atteinte plutôt qu'une atteinte dégénérative récente. Notons qu'il n'y avait alors pas eu d'évaluation par des radiographies fonctionnelles pour vérifier la stabilité. Il n'y a pas de signe de surcharge mécanique à l'étage sus-jacent. L'évolution radiologique est bénigne, compatible avec l'âge.

La Dre F. _____ qui évoquait cela comme une possible nouvelle affection en 2014 ne disposait, vraisemblablement, pas de l'ensemble des éléments.

Cela confirme toutefois la nécessité d'une épargne lombaire avec évitement de charges répétitives de plus de 5 kg de manière répétée et de 10 kg de manière occasionnelle, et la recommandation d'effectuer des activités variées de position dans son ménage, vu son âge actuel qui la prédispose à de la sarcopénie (vieillessement des masses musculaires).

Cela est possible pour une ménagère qui peut s'organiser dans le planning de son travail comme cela est habituellement le cas selon l'expérience.

Je ne retiens pas d'autre limitation notamment pour les épaules, en l'absence de lésion significative, et en ayant observé une parfaite mobilité des deux côtés.

En conclusion, je n'ai pas d'explication sur le plan somatique, notamment sur le plan de l'appareil locomoteur aux multiples empêchements évoqués par Mme depuis 2003 et à des empêchements qui auraient été plus importants depuis sa dernière demande.

La situation me paraît stationnaire depuis l'expertise de 2012, mis à part les processus du vieillissement de 5 ans supplémentaires.

Ces processus relèvent d'un vieillissement physiologique et ne prennent pas les caractéristiques d'un rhumatisme inflammatoire, d'une maladie évolutive, infiltrative, métabolique osseuse surajoutée.

En raison d'un régime quelque peu carencé en produits laitiers, de l'état ménopausée, je suggère une substitution plus régulière en vitamine D au vu de la carence relative observée.

Sur le plan général Mme n'a pas aggravé les indices de son syndrome métabolique. Elle n'a pas présenté de décompensation diabétique ni hypertensive. Ses paramètres sont régulièrement suivis et contrôlés par son médecin traitant.

Il lui est recommandé d'augmenter son périmètre de marche quotidien, et d'effectuer une activité physique régulière de son choix, de l'ordre de 2h30/semaine en aérobie afin de maintenir ses performances à l'effort et sa condition physique générale et de limiter les répercussions à terme de son syndrome métabolique.

Mme décrit un haut handicap fonctionnel pour tenir son ménage, et l'impossibilité qu'elle aurait de travailler à l'extérieur, mais cela n'est pas uniforme avec la possibilité qu'elle a de voyager plusieurs fois/an entre le Maroc et la Suisse désormais en avion pour plus de facilités et ses activités sociales qui m'apparaissent maintenues. Elle reste souple et fonctionnelle, telle que l'atteste, entre autre, la présence d'importantes callosités des genoux, Mme pouvant se mettre régulièrement à genoux, et sans difficulté apparente ni au niveau du dos ni des membres inférieurs."

En l'absence de diagnostic incapacitant sur le plan somatique, la Dresse I. _____ a uniquement préconisé, à titre d'option thérapeutique, un gainage musculaire axial au choix de la recourante par de la marche avec des exercices de tonification axiale (meilleur contrôle de la musculature axial conseillé), éventuellement en gymnastique aquatique ou autre approche proposée par la Ligue du rhumatisme pour les patients de son âge à visée d'entretien et de prévention.

c) L'expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) au Y. _____ a été réalisée par des experts indépendants et impartiaux et elle remplit l'ensemble des critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les Dresses I. _____ et T. _____ ont en effet eu une pleine connaissance du dossier et ont dûment pris en considération les plaintes de la recourante. Les examens cliniques ont été effectués de manière exhaustive, précisément eu égard aux plaintes présentées par l'intéressée, tant aux plans de la médecine interne générale, de la rhumatologie que de la psychiatrie. L'exposé du contexte médical est cohérent et les conclusions des praticiennes sont également bien motivées et exemptes de toute contradiction.

Etant rappelé ici que les rapports produits ultérieurement à la décision querellée ont été pris en compte par les experts (cf. consid. 3b supra), il n'existe dès lors aucun élément objectivement vérifiable - de nature clinique ou diagnostique - qui ait été ignoré dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire du printemps 2017 et qui soit suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts ou en établir le caractère incomplet (cf. consid. 5c supra).

A l'aune de ces considérations, il convient donc d'admettre la valeur probante du rapport d'expertise bidisciplinaire du 15 août 2017 des Dresses I._____ et T._____ (cf. consid. 5b et c supra).

d) En se fondant sur l'ensemble des rapports médicaux au dossier et en particulier l'expertise bidisciplinaire de 2017, la Cour de céans considère en définitive que moyennant la recommandation d'une activité physique modérée qui correspond à son âge en plus, la recourante dispose d'une capacité de travail entière en toute activité professionnelle comme dans l'accomplissement de ses travaux habituels de ménagère à 100 %. Pour être exhaustif on précisera qu'il n'est toutefois pas exclu que durant quelques mois après son accident de la voie publique du 9 juillet 2003, l'intéressée ait pu présenter une diminution de sa capacité de travail mais dont l'évaluation précise s'avère difficile *a posteriori* (cf. à ce propos le rapport d'expertise bidisciplinaire du 10 mai 2012 des Dresses Q._____ et N._____ p. 18). En l'absence d'affection à caractère invalidant jusqu'à la date de la décision querellée, le fait pour la recourante de se percevoir comme incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque ou d'effectuer ses tâches ménagères avec difficulté depuis son accident en 2003 n'est en définitive pas justifié au plan médical.

En l'absence tant d'une incapacité à accomplir les travaux habituels que d'une incapacité de travail, la recourante n'a donc pas droit à la rente (cf. consid. 4b et c supra).

e) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'audition de témoins de 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 certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014).

9. En définitive entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient par conséquent d'arrêter les frais de justice en l'espèce à 400 francs.

b) La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais de justice, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure seront supportés par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité - laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; BLV 211.02.3]) -, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour un total de 25h08 de travail d'avocat. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (soit 25h08 à 180 fr./heure au tarif de l'avocat), et d'y ajouter les débours, par 100 fr. (art. 3 al. 3 RAJ), et la TVA au taux de 8 % pour les opérations effectuées

jusqu'au 31 décembre 2017 (316 fr. 80), puis au taux de 7,7 % dès le 1^{er} janvier 2018 (43 fr. 40), ce qui représente un montant total de 4'984 fr. 20 (4'524 fr. + 100 fr. + 316 fr. 80 + 43 fr. 40) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

c) Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

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

- I.** Le recours déposé le 17 mai 2013 par A. _____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de dépens.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jérôme Bénédicte, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'984 fr. 20 (quatre mille neuf cent huitante-quatre francs et vingt centimes) TVA comprise.
- 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 :

Le greffier :

Du

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

- Me Jérôme Bénédic (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :