

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mai 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Thalmann et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par DAS Protection juridique SA,
à Etoy,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée), ressortissante roumaine née en 1967, sans formation professionnelle, ayant quitté son pays natal pour la Grèce puis pour l'Italie avant d'arriver en Suisse - selon ses dires - en mars 2008, titulaire d'une autorisation de séjour, est mère de trois enfants (ayant actuellement atteint l'âge adulte) issus d'un mariage dissous en 2009, ainsi que d'une fille née en 2007 d'une relation avec un ressortissant suisse rencontré en Italie.

Des trois extraits du compte individuel AVS figurant au dossier (datés des 3 août 2011, 17 novembre 2011 et 6 décembre 2012), il résulte que des revenus soumis à cotisations ont été annoncés de juin à septembre 2009 par les employeurs A.X._____ et B.X._____, ainsi que pour le mois de décembre 2011 par la société O._____ AG. L'assurée a de surcroît œuvré en tous les cas en novembre 2010, décembre 2010 et janvier 2011 au domaine U._____ (cf. fiches de salaire y relatives, produites le 19 octobre 2011).

B. E._____ a déposé le 5 juillet 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une tension artérielle élevée et d'une incontinence urinaire, indiquant que ses troubles remontaient au 19 janvier 2011. Différents certificats médicaux ont été produits à cette occasion, portant sur des périodes d'arrêt de travail presque ininterrompues depuis le 19 janvier 2011, majoritairement à 100%. Dans ce contexte, il est également apparu que l'assurée avait subi une intervention chirurgicale le 12 mai 2011, consistant en la pose d'une bandelette pour incontinence urinaire à l'effort.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 15 juillet 2011, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé à 100% dans le secteur agricole depuis le 19 janvier 2011, par nécessité financière.

Par rapport non daté, indexé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 25 juillet 2011, le Dr D._____, médecin-assistant au Département de gynécologie/obstétrique de l'Hôpital N._____, a posé le diagnostic non incapacitant d'incontinence urinaire d'effort. En annexe figurait un compte-rendu du 19 mai 2011 des Drs D._____ et A._____, médecin chef au sein du département précité, posant les diagnostics d'incontinence urinaire à l'effort, d'obésité ainsi que d'hypertension artérielle traitée, et signalant que l'intervention du 12 mai 2011 avait été bien supportée par la patiente, qui avait regagné son domicile le lendemain.

Par rapport du 17 août 2011, le Dr R._____, médecin praticien au Centre J._____, a signalé des atteintes sous forme de gonarthrose bilatérale, d'hypertension artérielle, de migraine, d'incontinence urinaire d'effort avec prolapsus, d'état anxio-dépressif, de migraine, de fibromyalgie et d'excès de poids. Quant au pronostic, il était qualifié d'indéterminé. S'agissant des restrictions, le Dr R._____ a précisé que les déplacements étaient impossibles de même que la flexion des genoux, ce qui se manifestait par une invalidité au travail. A la question de savoir si, d'un point de vue médical, l'activité exercée étaient encore exigible, ce médecin a coché la case « *oui* » comme la case « *non* », avec mention d'un taux de 20 à 30%. Il a ajouté que le rendement était réduit à cause des problèmes d'articulations. S'abstenant d'indiquer dans quelle mesure, avec quel profil du point de vue des charges et depuis quand une activité adaptée au handicap était possible, le Dr R._____ a signalé, concernant les travaux exigibles dans le cadre d'une telle activité, qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position debout, les activités dans différentes positions, les activités exercées principalement en marchant, les activités nécessitant de se pencher, le travail avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, ainsi que les activités impliquant de soulever/porter, de monter sur une échelle ou un échafaudage ou de monter les escaliers ; en outre, la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées.

Par avis du 28 septembre 2011, le Dr M._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu des limitations fonctionnelles contre-indiquant la station prolongée debout, la marche autre qu'occasionnelle, l'utilisation autre qu'occasionnelle d'escaliers, d'échelles et d'escabeaux, l'accroupissement et le travail à genoux. Pour le reste, il a préconisé de refaire le point au plus tard au printemps suivant.

Le 10 octobre 2011, l'assureur perte de gain S._____ a communiqué à l'OAI un rapport d'expertise médicale du 23 septembre 2011 émanant du Dr H._____, rhumatologue. On y lisait notamment ce qui suit :

Question 1 : Anamnèse, status et diagnostic :

[...]

Diagnostics :

Sur le plan strictement rhumatologique, je parlerais de **gonalgies sur minimes troubles dégénératifs** mais j'évoquerais plutôt un tableau de type fibromyalgie en tenant compte des symptômes associés (asthénie, vertiges, troubles du sommeil). Je n'ai pas à remettre en cause le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil de degré léger ; l'hypertension, l'obésité et le status après intervention le 12 mai 2011 pour une incontinence urinaire sont également certains.

Concernant les plaintes décrites comme invalidantes (vertiges, céphalées, asthénie) je relève l'aspect très atypique de la présentation qui ne m'a guère convaincu.

Question 2 : comorbidité :

Plusieurs intervenants ont relevé la présence d'un état dépressif dont j'ai personnellement de la peine à évaluer la sévérité.

Il existe par contre une composante psychosociale indéniable chez une femme divorcée et visiblement peu intégrée dans notre pays.

Questions 3 et 4 : Justification de l'incapacité de travail :

Les très nombreuses investigations récentes confirment le mal-être actuel.

Je relève également le syndrome d'apnée qui n'est pas encore appareillé et l'intervention pour l'incontinence urinaire en mai 2011.

L'incapacité de travail se justifie donc à mon sens.

[...]

Question 7 : Propositions pratiques :

Les douleurs en elles-mêmes me paraissent assez mineures et ne justifient pas de traitement autre que des antalgiques simples. Une évaluation psychiatrique permettrait de quantifier l'intensité de l'état dépressif dont la gravité n'est peut-être pas aussi marquée que le pensent certains intervenants.

Question 8 : Evolution :

J'ai des craintes que l'on n'évolue vers un syndrome douloureux et somatoforme chronique.

Question 9 : Reprise du travail :

La patiente était au bénéfice d'un contrat de courte durée qui a été résilié pour le 30 avril 2011.

[...]

Quoi qu'il en soit, sur le plan organique, j'estime que **dès le 1^{er} novembre 2011, une capacité de travail complète serait exigible**, par exemple dans un travail d'ouvrière agricole à l'extérieur ou dans une activité industrielle légère. Les gonalgies en elles-mêmes sont compatibles avec toutes activités ne nécessitant pas des accroupissements répétitifs.

[...]"

Le 19 octobre 2011, l'assureur perte de gain a encore transmis diverses pièces à l'OAI, dont les documents suivants :

- un rapport du 9 juillet 2010 du Dr Z._____, rhumatologue, diagnostiquant des douleurs mécaniques des genoux sur gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire modérée, des douleurs polyinsertionnelles dysfonctionnelles scapulaires, épicondyliennes et péri-trochantériennes, ainsi qu'un excès pondéral ;

- un rapport d'échocardiographie transthoracique du 28 janvier 2011 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, concluant à l'absence d'élément évocateur d'une hypertension artérielle ;

- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale du 18 février 2011 du Dr C._____, radiologue, signalant un épaississement mucopériosté de type polypoïde à la base des sinus maxillaires et observant pour le reste que l'examen était en ordre ;

- un rapport du 24 mars 2011 du Prof. F._____, spécialiste en neurologie, indiquant que l'assurée, qui était probablement dans un état dépressif grave, présentait des céphalées de type tensionnelles, que l'on notait aux réflexes optocinétiques une forte sensibilité dans tous les mouvements mais surtout horizontaux, qu'il pouvait y avoir probablement une vestibulopathie associée, assez intense en présence d'objets en mouvements horizontaux, et que, compte tenu de l'hypertension artérielle et des céphalées surtout matinales, il paraissait impérieux d'envisager une polysomnographie pour exclure un syndrome d'apnées ;

- un rapport du 25 août 2011 du Dr K._____, ophtalmologue, diagnostiquant une presbytie bilatérale, des céphalées sur probable hypertension artérielle et une rétinopathie hypertensive de stade 0-I ;

- un avis du 9 septembre 2011 du Dr G._____, médecin-conseil de l'assureur perte de gain, se référant à un entretien téléphonique de la veille avec le Dr R._____ et considérant comme ce dernier que les problèmes urinaires, l'hypertension artérielle et les céphalées de tension ne justifiaient pas d'arrêt travail, qu'en revanche les gonalgies et les douleurs polyinsertionnelles interféraient avec la capacité de travail et qu'elles justifiaient que l'exigibilité dans un emploi adapté soit discutée rapidement pour éviter « *[illisible]* +++ ».

Sur mandat de l'OAI, une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 9 décembre 2011. Dans son rapport du 21 décembre suivant, l'enquêtrice a expliqué en substance que le statut était difficile à déterminer dès lors que l'assurée - qui avait œuvré dans l'agriculture de mai à octobre 2009 pour A.X._____ et B.X._____, puis d'octobre 2010 au 30 janvier 2011 pour le domaine U._____ - n'avait travaillé à 100% que durant une courte période et que l'absence d'activité paraissait

davantage être due aux lacunes de français et aux difficultés d'intégration qu'aux limitations. Sur le plan économique, il n'en était pas moins clair que l'intéressée avait besoin d'un revenu de 100% [sic] pour vivre dans la mesure où elle avait de faibles revenus et une fille de 4 ans. Aussi un statut de 100% active a-t-il été retenu. Au surplus, l'enquêtrice a signalé des empêchements concernant les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, à hauteur de 10%.

S'étant vu adresser une demande de renseignements complémentaires de la part du SMR, le Dr R. _____ y a répondu le 21 mai 2012. Il a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de gonarthrose évolutive, d'apnée du sommeil, d'hypertension artérielle avec vertige et de dépression nerveuse, précisant que ces atteintes existaient depuis le 1^{er} mars 2010 et avaient entraîné une incapacité de travail d'au moins 20% avant mai 2010. Il a précisé que l'assurée se trouvait dans l'incapacité de faire des efforts physiques, que l'évolution depuis mai 2011 était mitigée et que la capacité de travail n'était pas entière dans une activité adaptée eu égard aux pathologies multiples et complexes. Selon le Dr R. _____, la capacité de travail résiduelle exigible était de 0 à 20% depuis le 1^{er} juin 2012.

L'assurée a été convoquée le 15 octobre 2012 par l'OAI en vue d'un examen clinique au SMR le 16 novembre suivant, d'une durée estimée entre 2h30 et 3h30. Cet examen - rhumatologique et psychiatrique - a été effectué par les Drs P. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et Y. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec le concours d'un traducteur de langue roumaine. Dans leur rapport du 26 novembre suivant, les Drs P. _____ et Y. _____ ont notamment exposé que l'assurée avait cessé de travailler dans l'agriculture en janvier 2011 et qu'actuellement elle oeuvrait comme femme de ménage, huit heures par semaine, pour un médecin de [...]. Ils ont par ailleurs retenu ce qui suit :

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **GONARTHROSE BILATÉRALE BICOMPARTIMENTALE FÉMORO-PATELLAIRE ET FÉMORO-TIBIALE INTERNE. M 17**
- **PÉRIARTHRITE SCAPULO-HUMÉRALE BILATÉRALE. M 75**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **FIBROMYALGIE. M 79.0**
- **RACHIALGIES DANS LE CADRE DE DISCRETS TROUBLES STATIQUES DU RACHIS. M 54.**
- **CÉPHALÉES TENSIONNELLES**
- **SINUSITE MAXILLAIRE AVEC PRÉSENCE DE POLYPES**
- **LÉGER SYNDROME D'APNÉES DU SOMMEIL**
- **HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRAITÉE**
- **OBÉSITÉ AVEC BMI À 32**
- **STATUS APRÈS OPÉRATION POUR INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT**
- **DISCRET STATUS VARIQUEUX DES MI**
- **DIFFICULTÉS D'ADAPTATION À UNE NOUVELLE ÉTAPE DE LA VIE, Z 60.0**
- **DIFFICULTÉS LIÉES À L'ACCULTURATION Z 60.3.**

APPRÉCIATION DU CAS

Sur le plan somatique, depuis quatre ans, l'assurée présente des douleurs importantes des genoux, puis les douleurs se sont généralisées, prenant notamment les coudes, les épaules et les deux fesses. L'assurée se plaint cependant surtout d'une fatigue, de céphalées et de vertiges, apparus lorsqu'elle travaillait comme ouvrière dans une chaîne de conditionnement de légumes. L'assurée présente également la tension haute. Elle se plaint également de cervicalgies et de lombalgies.

Actuellement, ce qui la dérange le plus sont les céphalées et les gonalgies. Les céphalées prennent le vertex et s'accompagnent de fourmillements de cette région. Elles sont pulsatiles et cèdent à la prise de médicaments comme le Migr[ai]ne-Kranit®. L'assurée se plaint également de vertiges lorsqu'elle se trouve dans les magasins et lorsqu'il y a trop de monde. Ces vertiges augmentent aux changements de positions. Actuellement, les gonalgies sont permanentes. Elles existent déjà au repos, augmentant à la marche, surtout à la pratique d'escaliers[.] L'assurée signale trois épisodes de chutes sur lâchages des genoux, surtout à D. Elle ne présente pas de blocage des genoux, elle présenterait des tuméfactions et des craquements des deux genoux. L'assurée a eu trois infiltrations de chaque genou qui ne l'ont pas aidée.

Elle présente également des cervicalgies et des lombalgies. Les rachialgies n'augmentent actuellement pas à la toux ou à la défécation. La position assise serait limitée à une demi-heure par les céphalées, la position debout entre une et deux heures par les douleurs diffuses et la fatigue et le périmètre de marche à une heure par les gonalgies et les céphalées. L'assurée signale des réveils nocturnes par les céphalées. Elle présenterait un dérouillage matinal de deux-trois heures. L'assurée présente également des fourmillements des deux pieds intermittents, qui ne dérangent pas beaucoup l'assurée.

L'assurée est par ailleurs connue pour une hypertension artérielle traitée. Elle présente également un syndrome d'apnées du sommeil léger, pour lequel un appareillage par C-PAP a été tenté, mais sans succès, l'assurée ne supportant pas cet appareillage. Il y a environ une année, l'assurée a bénéficié également d'une opération par bandelette TVT-O pour incontinence urinaire d'effort.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, normocarde et normotendue. L'assurée est obèse, avec un BMI à 32.

En cours d'entretien et d'examen, l'assurée est un peu oppositionnelle. Après avoir enlevé ses habits, l'assurée dit en roumain qu'il s'agit d'un strip-tease. Dans cette situation, je lui explique qu'il est nécessaire de l'examiner, mais que l'on peut remettre une partie de l'habillement puis l'enlever progressivement selon les parties à examiner et remettre une autre partie de l'habillement pour le reste de l'examen. Je lui explique également qu'elle peut refuser l'examen clinique, mais que cela pourrait rendre difficile l'évaluation de son état de santé.

A ce moment, l'assurée accepte d'être examinée et ne demande pas à remettre une partie de l'habillement. En cours d'examen ostéoarticulaire et neurologique, l'assurée se montrera démonstrative, poussant des cris à la prise des réflexes rotuliens ainsi qu'à l'examen du rachis lombaire et aux épreuves de Lasègue. Elle poussera également des gémissements lors de l'examen du rachis.

Au status général, l'auscultation cardio-pulmonaire est normale. Il existe un discret status variqueux des membres inférieurs. L'abdomen est souple et légèrement douloureux à l'épigastre, sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe du pied est possible ddc. La marche sur les talons est possible à G, mais pas à D, cette dernière entraînant des gonalgies D. L'accroupissement est complet. Il entraîne d'importantes douleurs des genoux, selon l'assurée et dans une moindre mesure, des lombalgies. Le relèvement se fait en appuyant les mains sur le sol. Le status neurologique est normal. Néanmoins, l'assurée pousse des cris aux réflexes rotuliens ddc, de manière démonstrative ainsi qu'aux épreuves de Lasègue qui sont limitées ddc à 60° par un raccourcissement des muscles ischio-jambiers et non par un syndrome radiculaire.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est diminuée, mais l'on note des signes de non organicité selon Waddel sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées et d'une démonstrativité, l'assurée poussant des cris et des gémissements lors de l'examen du rachis lombaire. La mobilité cervicale est conservée, mis à part les rotations qui sont limitées.

Bizarrement, la mobilisation cervicale n'entraîne pas des douleurs cervicales ou rachidiennes, mais des douleurs du vertex. La mobilité

des articulations périphériques est bien conservée. Seule la mobilité en flexion des hanches est limitée par des gonalgies. L'assurée présente par ailleurs un syndrome rotulien bilatéral. Les épreuves de Jobe et du palm up sont également douloureuses aux deux épaules, ce qui signe la présence d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale. On note également une augmentation de la DPC7 ddc, légèrement plus à D. L'assurée ne présente par ailleurs pas de signe pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note également des douleurs à la palpation de 12 points typiques de la fibromyalgie sur 18, ce nombre étant suffisant pour confirmer ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs des deux genoux sous forme d'une gonarthrose bilatérale fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire. Une IRM cérébrale s'avère normale. Elle ne met en évidence qu'un épaissement muco-périosté de type polypoïde à la base des sinus maxillaires.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité d'ouvrière en conditionnement de légumes et dans l'activité de femme de ménage. Ainsi, dans ces deux activités, la capacité de travail est tout au plus de 20%. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail, contrairement à ce que fait son médecin traitant, le Dr R. _____, sans cependant en donner les raisons. A cet égard, il faut relever que la tolérance à la position assise est bonne. Cette différence entre notre appréciation et celle du Dr R. _____ s'explique probablement par la présence d'une démonstrativité que ne relève pas le Dr R. _____. Il faut noter par ailleurs que des mesures d'ordre professionnel risquent d'échouer, au vu de cette importante démonstrativité et d'autres facteurs extra-médicaux comme l'impossibilité de parler en français. Par ailleurs, la fibromyalgie ne peut conduire à la définition d'une incapacité de travail en l'absence d'une pathologie psychiatrique incapacitante concomitante ou de critères de sévérité selon la jurisprudence[.]

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une jeune assurée âgée de 44 ans, d'origine roumaine, sans formation professionnelle, en Suisse depuis 2008, en incapacité de travail à 100% depuis le 15.01.2011, et à 50% depuis le 01.05.2011, et ceci selon son médecin traitant, le Dr R. _____. Le 23.09.2011, l'assurée est soumise à une expertise rhumatologique effectuée par le Dr H. _____ rhumatologie FMH, médecin-chef à l'Hôpital [...], selon lequel « Il existe par contre une composante psychosociale indéniable chez une femme divorcée, et visiblement peu intégrée dans notre pays ». L'expert estime que dès le 01.11.2011, la capacité de travail exigible est de 100%.

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, qui est inchangé depuis son arrivée en Suisse, d'état de stress post traumatique, de

trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques ni de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ; difficultés liées à l'acculturation, pathologies sans incidence sur la capacité de travail.

Il est possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive qui actuellement est en rémission complète. Le diagnostic de dépression, souvent posé par des médecins non psychiatres, est insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail. Il est nécessaire d'objectiver s'il s'agit d'un trouble affectif grave et durable ou d'une pathologie dépressive transitoire, sans incidence sur la capacité de travail comme dans le cas de notre assurée.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic.

Par ailleurs, à l'examen clinique de ce jour, le Dr P. _____ Médecine interne et Rhumatologie FMH a retenu le diagnostic de fibromyalgie qui n'est pas accompagnée d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie et selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, notre assurée ne souffre d'aucune pathologie à caractère incapacitant et la capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

MI : pas de genuflexions répétées. Pas de franchissement d'escabeaux ou échelles. Pas de franchissement régulier d'escaliers. Pas de marche en terrain irrégulier. Pas de position debout ou de marche de plus d'une heure. Pas de lever de charges de plus de 10 kg. Nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout. Privilégier un travail en position assise.

MS : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°. Pas de lever de charges avec les MS de plus de 5 kg.

Sur le plan psychiatrique : il n'y a pas de limitation fonctionnelle incapacitante.

L'âge, l'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques, les difficultés financières ne font pas partie du domaine médical.

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

Depuis le 15.01.2011.

Sur le plan psychiatrique : il n'y a pas d'incapacité de travail.

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

Il y a une incapacité de travail de 80% depuis le 15.01.2011 dans une activité de femme de ménage ou d'ouvrière de conditionnement de légumes. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail est complète depuis le 15.01.2011.

Sur le plan psychiatrique : la capacité de travail est entière dans toute activité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE : 20% COMME FEMME DE MÉNAGE OU OUVRIÈRE DE CONDITIONNEMENT DE LÉGUMES

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 100% DEPUIS LE : 15.01.2011

A TRADUIRE EN TERMES DE MÉTIER PAR UN SPÉCIALISTE EN RÉADAPTATION."

Aux termes d'un rapport SMR du 11 décembre 2012, le Dr M. _____ a repris les conclusions de l'examen clinique précité.

L'assurée a été mise au bénéfice d'une orientation professionnelle le 13 décembre 2012. A la suite d'un entretien du 19 février 2013, le Service de réadaptation de l'OAI a relevé, dans un rapport initial du 5 avril 2013, que l'intéressée semblait dans un état moral et physique médiocre et ne pensait pas pouvoir travailler. Dans un rapport final établi le 17 mai 2013, ce service a indiqué que l'assurée avait travaillé trois heures par jour, quatre jours par semaine comme femme de ménage ; pour le reste, il était relevé qu'aucune mesure ne serait mise en place, l'intéressée ne le souhaitant pas et le droit à des mesures professionnelles n'étant pas ouvert.

Toujours le 17 mai 2013, l'OAI a établi le détail du calcul du salaire exigible, se fondant sur les données découlant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, niveau de qualification 4) pour arrêter le revenu sans invalidité à 53'681 fr. 32 et le revenu avec invalidité à 48'313 fr. 19 (moyennant un abattement de 10% tenant compte des limitations

fonctionnelles). La comparaison de ces montants mettait en évidence un préjudice économique de 5'368 fr. 13, équivalant à un taux d'invalidité de 10%.

Le 23 mai 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une aide au placement sous forme d'une orientation professionnelle et d'un soutien dans ses recherches d'emploi. Cette mesure sera interrompue - au moins temporairement - en novembre 2013, l'intéressée ne s'estimant pas en état d'entrer dans une telle démarche (cf. communication interne, courrier et rapport final de l'OAI datés du 4 novembre 2013).

Toujours le 23 mai 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a exposé que, selon les investigations médicales entreprises, l'activité d'ouvrière agricole, ou toute activité lourde sollicitant les genoux de manière importante, était désormais largement contre-indiquée et ne pouvait être exercée à plus de 20% environ. En revanche, la capacité de travail était entière dans toute activité respectueuse des limitations découlant de la gonarthrose, soit une activité légère de type industriel telle une activité d'ouvrière à l'établi sur pièces mécaniques légères, de manutentionnaire ou de préparatrice de commandes légères. Cela étant, l'OAI a expliqué avoir procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain de l'assurée, comparant le revenu auquel cette dernière aurait pu prétendre en 2012 avec et sans invalidité, sur la base du salaire de référence pour les femmes effectuant des activités simples dans le secteur privé (production et services) selon l'ESS. Il en résultait un préjudice économique de l'ordre de 10%, insuffisant pour ouvrir le droit à des mesures de reclassement ou à des prestations financières de l'AI.

L'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet par acte de son mandataire du 20 juin 2013. Elle a en substance contesté l'entière capacité de travail retenue par l'OAI dans une activité adaptée, faisant valoir qu'il lui serait tout au plus possible de travailler à 50%. Elle a ajouté qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise médicale

multidisciplinaire afin de clarifier sa situation. Pour le surplus, elle s'est référée à une attestation médicale émise le 10 juin 2013 par le Dr R._____. Ce dernier y exposait que l'intéressée présentait une invalidité de 50% en raison d'un vertige chronique mal contrôlé, d'une dépression nerveuse, d'une migraine invalidante, d'une gonarthrose évolutive bilatérale, d'une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite, d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et d'apnée du sommeil. Le Dr R._____ considérait que l'ensemble de ces pathologies était responsable d'une grande invalidité sur les plans physique et psychique et qu'il y avait lieu d'évaluer le cas de l'assurée par une expertise médicale approfondie en tenant compte de la gravité et de la chronicité des atteintes.

Par avis médical du 17 juillet 2013, les Drs M._____ et B._____, du SMR, ont écarté le diagnostic de BPCO avec apnée du sommeil comme atteinte avec influence négative sur la capacité de travail, relevant qu'il s'agissait d'une affirmation non étayée du Dr R._____, lequel n'en avait pas fait mention précédemment. Quant au taux de capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, les médecins du SMR ont retenu qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'une même situation et que, dans ce contexte, il y avait lieu de privilégier l'avis des examinateurs (aussi bien le Dr H._____ que ceux du SMR) qui reposait sur une analyse beaucoup plus détaillée de la situation. Aussi les Drs M._____ et B._____ ont-ils conclu que le compte-rendu du Dr R._____ du 20 [recte : 10] juin 2013 ne modifiait pas les conclusions contenues dans le rapport d'examen SMR du 11 décembre 2012.

Par décision du 7 octobre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 mai précédent. Aux termes d'une lettre explicative du même jour, l'office a repris en substance l'avis susmentionné du SMR et considéré que le rapport d'examen clinique de ce service devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

C. Agissant par l'entremise de son conseil, E._____ a recouru le 11 novembre 2013 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mesures d'instruction complémentaires. A titre préalable, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une contre-expertise portant sur son état psychique. Sur le fond, elle fait valoir que, même si la Dresse Y._____ n'a pas retenu de dépression ou d'autre trouble psychiatrique, une problématique dépressive a pourtant été évoquée par différents médecins ainsi que par divers intervenants au cours de la procédure, de sorte qu'il convient à son avis d'ordonner une expertise psychiatrique. Elle conteste en outre la valeur probante du rapport d'examen clinique du SMR sur le plan psychiatrique. A ce propos, elle allègue que l'examen a été diligenté sur la base d'une seule rencontre d'au maximum une heure et que les indices de son mal-être n'ont pas été pris en considération, pas plus que ses difficultés à entamer une prise en charge eu égard à ses problèmes d'intégration, de culture et de langue. Au chapitre des incohérences, elle signale que le rapport d'examen mentionne qu'elle présente de bonnes ressources d'adaptation aux changements alors même que sont diagnostiquées des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ainsi que des difficultés d'acculturation. Elle relève en outre que dans un rapport du 10 septembre 2013, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et néphrologie, a conclu à une dépression nerveuse majeure. Sous un autre angle, elle rappelle qu'elle est venue en Suisse pour travailler dans l'agriculture, qu'elle est désormais inapte à exercer une telle activité, qu'elle ne parle pas le français et ne dispose d'aucune formation, et que ses problèmes articulaires ainsi que ses céphalées ne lui laissent aucun répit depuis 2010, ce à quoi s'ajoutent ses pathologies psychiques - circonstances au regard desquelles elle s'estime incapable d'intégrer un poste susceptible d'être compatible avec ses limitations fonctionnelles. La recourante critique enfin le taux d'abattement imputé par l'OAI sur le revenu d'invalidé, considérant que ce taux devrait s'élever à 25% compte tenu non seulement de ses limitations fonctionnelles mais également de ses « *problèmes d'intégration, de langue, de permis* » et de son inexpérience professionnelle dans les métiers envisagés.

Pour étayer ses dires, la recourante produit un onglet de pièces parmi lesquelles figure le rapport précité du Dr W._____, évoquant notamment un état dépressif sévère et retenant pour le surplus les diagnostics suivants :

"Diagnostics néphrologiques :

- **Fonction rénale normale pour l'âge et le sexe [...], absence d'argument en faveur d'une origine néphrologique aux œdèmes des membres inférieurs**
- **HTA non traitée**
- **Hyperuricémie traitée**
- **Status après urolithiase gauche il y a 25 ans**

Autres diagnostics :

- **Syndrome d'apnées du sommeil avec intolérance au CPAP**
- **Status après opération ORL**
- **Obésité stade I (BMI 33)**
- **Probable diabète de type II [...]**
- **Tabagisme chronique**
- **Etat dépressif avec retrait social et troubles du comportement alimentaire (prise pondérale de 30 kg en 5 ans)**
- **Polyarthralgie d'origine dégénérative probable"**

Dans sa réponse du 6 janvier 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il retient en particulier que le rapport d'examen clinique SMR du 16 [recte : 26] novembre 2012 a pleine valeur probante et qu'aucun élément médical nouveau n'a été apporté depuis lors susceptible de mettre en doute les conclusions des médecins experts ; concernant plus particulièrement le rapport du Dr W._____ du 10 septembre 2013, l'OAI se réfère à un avis SMR du 16 décembre 2013. S'agissant du taux d'abattement, l'office estime avoir pleinement pris en compte les empêchement propres à la personne de l'assurée en retenant au taux de 10% eu égard aux limitations fonctionnelles. Considérant par ailleurs que le dossier contient suffisamment de pièces permettant de statuer en connaissance de cause sur l'état de santé physique et psychique de l'intéressée et sur sa capacité de travail, l'intimé relève qu'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire.

De l'avis médical établi le 16 décembre 2013 par les Drs M._____ et T._____, du SMR, il ressort ce qui suit :

"Un rapport médical du Dr W. _____ du 10.09.2013 est joint au dossier.

Ce rapport conclut que l'assurée présente un fonction rénale normale. Il mentionne les diagnostics multiples déjà connus, dont l'état dépressif.

L'assurée n'a pas de suivi psychiatrique, et ce quand bien même [...] elle a été en mesure de consulter différents spécialistes. Aucun des rapports médicaux à disposition ne contient une description précise de l'état psychique de l'assurée. Seul l'examen psychiatrique fait le 16.11.2013 relate l'anamnèse familiale et personnelle sous l'angle psychiatrique et décrit les constatations faites lors du seul examen spécialisé à ce jour. La psychiatre FMH qui a examiné l'assurée a discuté en détail les diagnostics et leur répercussion sur la capacité de travail.

Conclusion :

Le rapport du Dr W. _____ ne modifie par [l]es prises de positio[n] antérieures."

Par réplique du 31 janvier 2014, la recourant persiste dans ses précédents motifs et conclusions. Elle se prévaut également d'un avis adressé le 21 décembre 2013 à l'OAI par le Dr V. _____, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et requiert production d'un rapport émanant de ce médecin.

L'avis précité du Dr V. _____ a la teneur suivante :

"La personne susmentionnée [l'assurée] est venue me voir car, dans une démarche d'investigation par l'Assurance Invalidité, le processus a été entravé du fait qu'elle n'a pas de psychiatre. Selon mes observations de ce jour, elle présente une incapacité de travail de 75% et ce depuis 2 ans selon son généraliste à cause d'un épisode dépressif pour lequel elle prend une médication psychotrope lourde. A part ce traitement, des interventions spécialisées devraient être mis[es] sur pied rapidement pour cette patiente. C'est pour cela que j'entre en matière pour cette situation et vous prie de bien vouloir m'expédier une demande de rapport détaillé sur son état psychique afin d'adapter la prise en charge et investiguer ses capacités de réadaptation professionnelle.

[...]"

Dupliquant le 20 février 2014, l'OAI conclut à l'absence d'élément susceptible de jeter un doute, même léger, sur les conclusions du rapport consécutif à l'examen clinique psychiatrique effectué au SMR le

16 novembre 2012, ou de parler en faveur d'une aggravation de la situation survenue depuis.

On extrait ce qui suit d'un rapport rédigé le 1^{er} 2014 par le Dr V. _____, à la demande de la juge instructeur :

"La personne susmentionnée [l'assurée] est venue me voir le 13.12.2013 car, selon ses dires, dans une démarche d'investigation par l'Assurance Invalidité, le processus a été entravé par le fait qu'elle n'avait pas de psychiatre.

Dans le cadre d'une expertise AI, il a été conclu qu'elle n'avait pas d'incapacité de travail pour raisons psychiques. La patiente, démunie car déracinée culturellement et ne parlant pas le français, a été aidée par une amie à trouver un avocat pour faire recours à cette décision. Ce dernier, Me [...] de la DAS Protection juridique SA, a contesté le refus de l'expertise car selon lui, cf. le rapport du SMR du 16.12.2013 [recte : 2013] ci-joint, la patiente n'aurait été vue que pendant une heure. Je me permets d'ajouter ici qu'en plus, cet entretien a été réalisé en français, langue que la patiente ne comprend pas, et qu'il y a donc une forte probabilité que l'état psychique de la patiente a été mal évalué.

Afin de l'aider sur le plan psychiatrique et de clarifier cette situation, j'effectue un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) régulier pour la patiente depuis le premier entretien le 13.12.2014 [recte : 2013] dans une langue qu'elle comprend à savoir, l'italien.

Selon mes observations de ce jour, elle présente une incapacité de travail de **75% et ce depuis 2 ans** selon son généraliste à cause d'un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychiques F32.2 CIM-10, pour lequel elle prend une médication psychotrope lourde (Venlafaxine ER 75 mg : 2-0-0 et Temesta 2,5 mg : 0-0-1).

Cliniquement la patiente présente une humeur dépressive caractérisée par une fatigabilité accrue, diminution de l'intérêt et du plaisir, perturbation du sommeil, diminution de l'estime de soi et manque de confiance en elle-même. Elle passe la plupart de la journée prostrée et ne se sent pas capable d'entreprendre le moindre projet d'activité Elle rapporte des idées noires et présente une morosité avec rumination sur son sort. Elle manifeste également des angoisses envahissantes et une hypersensibilité au stress.

A part le plan de traitement cité précédemment, des interventions spécialisées devraient être mis[es] sur pied rapidement pour cette patiente (ergothérapie, physiothérapie, éventuellement un traitement groupal au Centre Thérapeutique de Jour de la Fondation [...] à [...] ou une intervention ethnopsychiatrique avec médiateur culturel de langue maternelle roumaine comme la patiente à l'association pour migrants, [...], à [...], et, enfin, une réadaptation par l'AI devrait être mise en route en commençant par des cours de français quand son état psychique le permettra).

C'est pour ces raisons que j'estime que l'expertise AI manque des éléments importants pour adéquatement apprécier l'incapacité de travail de ma patiente et qu'une reconsidération de cette décision devrait être entreprise."

Se déterminant sur ce rapport le 1^{er} mai 2014, l'OAI maintient sa position. Il considère, eu égard à un avis SMR du 23 avril 2014, que les éléments amenés ne sont pas de nature à jeter un doute, même léger, sur les conclusions émises à l'issue de l'examen clinique psychiatrique effectué le 16 novembre 2012 par le SMR. L'office relève qu'il se peut que la situation se soit aggravée après novembre 2012 mais que, même si tel était le cas et qu'une incapacité de travail et de gain durable de 40% devait être établie, le droit à une rente éventuelle ne pourrait toutefois pas être ouvert déjà en octobre 2013, soit lors du prononcé de la décision litigieuse.

Dans leur avis SMR du 23 avril 2014, les Drs M._____ et B._____ exposent ce qui suit :

"Appréciation :

- A part l'examen psychiatrique du 16.11.2012, aucune appréciation psychiatrique ne figure au dossier de cette assurée avant la consultation du 13.12.2013.
- L'examen clinique au SMR du 16.11.2012 a eu lieu avec l'aide d'un traducteur de langue roumaine.
- Le 10.06.2013 le Dr R._____ a attesté une invalidité de 50%.
- L'affirmation d'une incapacité de travail de 75% n'est pas admissible de la part d'un médecin qui ne connaissait pas l'assurée avant le 13.12.2013.
- Le traitement par Venlafaxine ER 150 mg par jour est un dosage habituel pour cet antidépresseur, ce médicament peut être administré jusqu'à une dose maximale de 375mg dans certains cas. En psychiatrie, le Temesta® peut être administré à des doses de 3 à 7.5mg par jour.
- On ne peut exclure la dégradation de l'état psychique entre l'examen au SMR et la consultation du 13.12.2013, lorsque le Dr V._____ a fait ses constatations.

- Le rapport médical du Dr V. _____ du 01.04.2014 ne permet pas de situer dans le temps la dégradation de l'état psychique de l'assurée."

Prenant à son tour position sur le rapport précité du Dr V. _____, la recourante, par écriture du 7 mai 2014, confirme sa position.

Puis, se déterminant le 25 juin 2014 sur l'écriture de l'OAI du 1^{er} mai 2014, la recourante reprend pour l'essentiel ses précédents griefs et ajoute que le rapport d'examen clinique du SMR du 26 novembre 2012 mentionne l'absence de tabac, alors même que le Dr W. _____ a fait état d'un tabagisme chronique dans son rapport du 10 décembre 2013 ; elle émet dès lors des doutes quant à l'efficacité de l'examen conduit au SMR pendant un temps très court uniquement en langue française. S'agissant en outre de l'avis SMR du 23 avril 2014, la recourante estime que ce n'est pas parce que le dossier ne contient pas d'appréciation psychiatrique antérieure au 13 décembre 2013 - exception faite de l'examen psychiatrique du 16 novembre 2012 - qu'elle ne subissait pas d'affections psychiques préexistantes. Elle soutient de surcroît que l'absence d'atteinte au plan psychiatrique retenue par un médecin expert qui ne l'a vue qu'une seule fois pendant deux heures trente n'est pas plus admissible que l'incapacité de travail de 75% retenue par le Dr V. _____. Elle considère également que si l'on ne peut exclure une dégradation de l'état de santé psychique entre l'examen du SMR et la consultation du 13 décembre 2013, il est d'autant plus opportun d'ordonner une contre-expertise. Enfin, elle fait valoir qu'il faut de prétendre que la situation se serait aggravée après novembre 2012, sous-entendant par-là l'absence d'atteinte psychiatrique à cette période, alors qu'un état dépressif grave a été relevé par plusieurs praticiens dès mars 2011.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur

l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. A titre préalable, il sied de relever qu'indépendamment de la problématique liée à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante, on

peut s'interroger sur la question de savoir si l'intéressée satisfait aux conditions générales du droit à une rente AI.

En effet, ces dernières prévoient notamment qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations (cf. art. 36 al. 1 LAI), dont en tous les cas une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RS 0.831.109.268.1] ; cf. TAF C-1301/2013 du 18 septembre 2014 consid. 6 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2220 p. 599 s.). Or, en l'occurrence, les extraits du compte individuel AVS de l'assurée tels que figurant au dossier n'attestent de périodes de cotisations en Suisse que pour les mois de juin à septembre 2009 et de décembre 2011, étant par ailleurs relevé que les fiches de salaire produites par l'intéressée pour l'activité au domaine U._____ font état de cotisations prélevées exclusivement pour le mois de janvier 2011. Cela étant, on se situe donc en deçà de la limite d'une année évoquée ci-dessus.

Quant au droit à une rente extraordinaire, il n'est ouvert qu'aux ressortissants suisses - ainsi qu'aux ressortissants des Etats membres de l'Union européenne (cf. Valterio, op. cit., n° 2253 p. 607), telle que la recourante - qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (cf. art. 13 LPGA) en Suisse, s'ils ont le même nombre d'années d'assurance que les personnes de leur classe d'âge, mais n'ont pas droit à une rente ordinaire parce qu'ils n'ont pas été soumis à l'obligation de verser des cotisations pendant une année entière au moins (cf. art. 39 al. 1 LAI en relation avec l'art. 42 al. 1 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10]), tel n'étant toutefois pas le cas de la recourante.

La Cour de céans peut toutefois s'abstenir de trancher formellement ces questions, attendu que le droit de la recourante à une rente d'invalidité doit de toute manière être nié pour les motifs développés ci-dessous.

4. a) 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (cf. TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (cf. TF 9C_275/2014 du 21 août 2014 consid. 3, TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2, 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 avec les références ; cf. également consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C_500/2011 précité loc. cit., 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49) et la fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65).

Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les

grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49 consid. 1.2).

5. Se fondant sur le rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 des Drs P._____ et Y._____ du SMR, l'intimé a retenu que si l'assurée n'était plus à même de travailler au-delà de 20% dans l'activité d'ouvrière agricole ou dans toute activité lourde sollicitant les genoux de manière importante, elle conservait en revanche une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

Pour sa part, la recourante a contesté cette appréciation pour des motifs liés essentiellement à son état de santé psychique.

a) Sur le plan physique, rien n'incite à s'écarter des conclusions du Dr P._____ telles que figurant dans le rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 (pp. 7 à 10) - ce que la recourante, du reste, ne conteste pas.

aa) Bien qu'ayant constaté la présence de diverses pathologies d'ordre somatique et observé l'existence de douze points typiques de fibromyalgie (cf. consid. 4c infra), le Dr P._____ a retenu que seules la gonarthrose bilatérale bicompartimentale et la périarthrite scapulo-humérale bilatérale étaient de nature à influencer sur la capacité de travail de la recourante. Il a considéré que ces atteintes entraînaient une incapacité de 80% depuis le 15 janvier 2011 dans l'activité de femme de ménage ou d'ouvrière de conditionnement de légumes, mais que la capacité de travail demeurait entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles ostéoarticulaires (membres inférieurs : pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeaux ou échelles, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de

plus d'une heure, pas de lever de charges de plus de 10 kg, nécessité de pouvoir alterner la position assise et la position debout et privilégier un travail en position assise ; membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60° et pas de lever de charges avec les membres supérieurs de plus de 5 kg).

bb) A l'examen des avis recueillis auprès des autres médecins somaticiens, la Cour de céans ne décèle aucune indice sérieux qui justifierait de s'écarter des conclusions du Dr P._____. A cet égard, il convient plus particulièrement de s'arrêter sur l'appréciation du médecin traitant de la recourante ainsi que sur celle de l'expert rhumatologue mandaté par l'assureur perte de gain. Ainsi, en ce qui concerne le Dr R._____, on constate qu'il s'est initialement abstenu de se prononcer sur la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée (cf. rapport du 17 août 2011), pour ensuite indiquer que la capacité de travail n'était pas entière dans une activité adaptée (cf. rapport du 21 mai 2012), avant de retenir finalement un taux d'invalidité de 50% (cf. attestation du 10 juin 2013). Rédigeant ses avis de manière lapidaire, ce médecin n'a fourni aucun raisonnement médical objectif à l'appui de ses appréciations successives, qui ne sauraient au final l'emporter sur l'évaluation, dûment motivée, du Dr P._____. Concernant l'expert H._____, celui-ci a - comme le Dr P._____ - également conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, aux termes de son rapport d'expertise du 23 septembre 2011. S'il a en revanche fixé l'exigibilité au 1^{er} novembre 2011 et mentionné des limitations fonctionnelles circonscrites aux accroupissement répétitifs, son point de vue sur ces aspects se révèle toutefois singulièrement concis, en particulier au regard des explications circonstanciées fournies par le Dr P._____ qui doivent dès lors se voir accorder la préséance.

cc) On retiendra donc, en résumé, qu'aucun élément au dossier ne vient infirmer l'appréciation du Dr P._____.

b) Sous l'angle psychiatrique, la recourante a considéré que les conclusions émises par la Dresse Y._____ dans le rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 (p. 9 s.) ne pouvaient pas être suivies.

aa) Dans le cadre de son évaluation, la Dresse Y._____ a retenu que, du point de vue purement psychiatrique, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie invalidante et que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité. Elle a expliqué que l'on pouvait retenir les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et de difficultés liées à l'acculturation, mais qu'il n'y avait en revanche pas de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial (inchangé depuis l'arrivée en Suisse), d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de syndrome douloureux somatoforme persistant (vu l'absence de sentiment de détresse), de majoration de symptôme physique pour des raisons psychologiques ou de limitation fonctionnelle psychiatrique incapacitante. S'il était possible que l'assurée ait pu développer une symptomatologie dépressive réactionnelle ou simplement une humeur dépressive alors en rémission complète, le diagnostic de dépression était toutefois insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail ; encore fallait-il objectiver s'il s'agissait d'un trouble affectif grave et durable ou d'une pathologie dépressive transitoire, sans impact sur la capacité de travail comme dans le cas particulier. Relevant en outre que le Dr P._____ avait mentionné un diagnostic de fibromyalgie, la Dresse Y._____ a précisé que ce diagnostic n'était pas accompagné des critères de sévérité requis par la jurisprudence - soit une comorbidité psychiatrique manifeste, une perte d'intégration sociale, un état psychique cristallisé ou un profit tiré de la maladie.

bb) Contrairement à l'avis de la recourante, on ne saurait tenir pour décisif le fait que divers intervenants aient fait mention d'une problématique dépressive (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 11 ss).

Il est certes constant que le Prof. F. _____ a estimé que l'assurée était probablement dans un état dépressif grave (cf. rapport du 24 mars 2011), que le Dr R. _____ a signalé un état anxio-dépressif (cf. rapport du 17 août 2011), respectivement une dépression nerveuse (cf. rapports des 21 mai 2012 et 10 juin 2013), que l'expert H. _____ a pour sa part relevé un état dépressif dont la gravité n'était peut-être pas aussi marquée que le pensaient certains intervenants (cf. rapport d'expertise du 23 septembre 2011) et qu'enfin le Dr W. _____ a fait mention d'un état dépressif avec retrait social et troubles du comportement alimentaire (cf. rapport du 10 septembre 2013). Néanmoins, loin de reposer sur une analyse méthodique de l'état de santé psychique de l'intéressée, ces avis ont été émis sur la seule base des plaintes de l'assurée, en marge d'un quelconque examen spécialisé - et pour cause, s'agissant de médecins somaticiens dépourvus de connaissances spécifiques dans le domaine de la psychiatrie. A cela s'ajoute que ces avis ne mettent en lumière aucun élément médical objectif dont la Dresse Y. _____ n'aurait pas tenu compte. Ils ne sauraient dès lors jeter le discrédit sur les conclusions de la psychiatre du SMR, cette dernière ayant au demeurant expliqué que le diagnostic de dépression, souvent posé par des médecins non psychiatres, était insuffisant pour une évaluation de la capacité de travail (cf. rapport d'examen clinique SMR du 26 novembre 2012 p. 9).

Peu importe en outre que, lors de l'enquête économique sur le ménage du 9 décembre 2011, l'assurée ait déclaré « *ne pas avoir le moral, que c'[était] très difficile pour elle, n'arriv[ait] pas à se lever le matin* » (cf. rapport d'enquête du 21 décembre 2011 p. 1), dès lors qu'il s'agit là simplement de plaintes - par définition subjectives - relayées par l'enquêtrice de l'OAI, en dehors de toute analyse médicale.

De même, il n'est pas déterminant qu'au cours du processus d'orientation professionnelle initié par l'OAI, l'intéressée ait semblé se trouver dans un état moral et physique médiocre lors d'un entretien le 19 février 2013 (cf. rapport initial du 5 avril 2013). En effet, la simple impression produite par l'assurée sur des spécialistes en réinsertion

professionnelle ne saurait être assimilée à un indice sérieux susceptible de compromettre l'appréciation médicale de la Dresse Y._____.

Sur ce plan, les griefs soulevés par la recourante ne sont donc pas fondés.

cc) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante s'est en outre prévalu de l'appréciation du Dr V._____, psychiatre traitant depuis le 13 décembre 2013.

Aux termes d'un premier avis du 21 décembre 2013, ce dernier a exposé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 75% qui durait – aux dires du médecin généraliste traitant – depuis deux ans, à cause d'un épisode dépressif. Le Dr V._____ a maintenu cette évaluation dans un rapport ultérieur du 1^{er} avril 2014, précisant qu'il s'agissait d'un épisode dépressif grave, sans symptômes psychotiques, que cliniquement la patiente présentait une humeur dépressive caractérisée par une fatigabilité accrue, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une perturbation du sommeil, une diminution de l'estime de soi et un manque de confiance en soi, et qu'elle signalait en outre des idées noires, présentait une morosité avec rumination sur son sort et manifestait également des angoisses envahissantes ainsi qu'une hypersensibilité au stress.

Il ressort de ce qui précède que le Dr V._____ a en réalité pris le contre-pied des conclusions de l'examen psychiatrique du SMR. Son point de vue n'emporte cependant pas la conviction. Tout d'abord, il appert que ce médecin n'a été sollicité par la recourante qu'après le dépôt du recours interjeté césans, l'intéressée estimant que « *dans une démarche d'investigation par l'Assurance Invalidité, le processus a[vait] été entravé par le fait qu'elle n'avait pas de psychiatre* » (cf. avis du 21 décembre 2013 et rapport du 1^{er} avril 2014 p. 1). En d'autres termes, le Dr V._____ n'a été consulté que pour les besoins de la présente cause, ce qui, en soi, incite déjà à considérer son appréciation avec une certaine réserve. On observe par ailleurs que l'incapacité de travail estimée à 75% par ce psychiatre ne repose sur aucune réelle motivation ; bien plus, le Dr

V._____ s'est fondé sur les seuls dires du médecin généraliste pour affirmer que ce taux d'incapacité perdurait depuis deux ans, alors même que dans son avis du 10 juin 2013 le Dr R._____, médecin traitant, signalait paradoxalement une « *invalidité* » de 50%. A cela s'ajoute que l'on peut s'interroger sur les propos du Dr V._____ selon lesquels l'assurée prendrait une médication psychotrope lourde (cf. avis du 21 décembre 2013 et rapport du 1^{er} avril 2014 p. 1). En effet, pour toute indication sur le sujet, ce médecin a signalé la prise de Venlafaxine ER 75 mg « 2-0-0 » et de Temesta 2,5 mg « 0-0-1 » (cf. rapport du 1^{er} avril 2014 p. 1). Or, les Drs M._____ et B._____ du SMR ont expliqué, le 23 avril 2014, que le traitement par Venlafaxine ER 150 mg par jour était un dosage habituel, ce médicament pouvant être administré jusqu'à une dose maximale de 375 mg dans certains cas, et que le Temesta pouvait être administré en psychiatrie à des dose allant de 3 à 7,5 mg par jour. Cela étant, on peine à comprendre comment la médication de l'assurée pourrait être qualifiée de lourde. De surcroît, il faut encore noter que le rapport du Dr V._____ du 1^{er} avril 2014 ne contient pas d'anamnèse, que les observations cliniques qui y sont formulées tiennent sur six lignes à peine et qu'elles reproduisent essentiellement les plaintes de l'assurée. En ce sens, il y a lieu de considérer que ce rapport contient une discussion médicale des plus laconiques, dont on voit mal comment elle pourrait remettre en cause l'appréciation, dûment motivée, de la Dresse Y._____. Peu importe, du reste, que le Dr V._____ ait encore proposé des interventions thérapeutiques à différents niveaux (cf. rapport du 1^{er} avril 2014 p. 2), ce point étant sans incidence pour juger de la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée. A l'aune de ce qui précède, il appert que le Dr V._____ a tout au plus émis une appréciation divergente d'une même situation, ce qui ne saurait suffire pour infirmer les conclusions du SMR.

Par surabondance, il convient de relever, à l'instar de l'intimé (cf. prise de position du 1^{er} mai 2014), que même à admettre que l'appréciation du Dr V._____ témoigne d'une aggravation de l'état de santé psychique depuis l'examen clinique du SMR le 16 novembre 2012 (les éléments au dossier ne permettant pas d'être plus précis), celle-ci

serait sans incidence sur l'issue du présent litige, attendu que le droit à la rente en relation avec cette évolution ne pourrait naître qu'un an plus tard (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit au plus tôt dès après le 16 novembre 2013, autrement dit à une date postérieure à celle de la décision attaquée, dont il incombe à la Cour de céans de vérifier la légalité sur la base de l'état de fait existant au moment de son prononcé, soit au 7 octobre 2013 (cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1).

Au surplus, le Dr V. _____ (cf. rapport du 1^{er} avril 2014 p. 1) - à l'instar de la recourante (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 pp 12 ss et déterminations du 25 juin 2014 p. 2) - a encore reproché à la Dresse Y. _____ de s'être prononcée sur la base d'un entretien réalisé dans un temps restreint et en langue française. Ces griefs sont toutefois dénués de fondements. D'une part, on soulignera que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical et que cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Qui plus est, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre - moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) - et autorisé sur un cas particulier (cf. TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Du reste, quoi qu'en dise la recourante (cf. en particulier mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 14), rien ne démontre en l'espèce que la durée ou le caractère ponctuel de l'examen clinique aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par la Dresse Y. _____. D'autre part, il ressort du rapport SMR du 26 novembre 2012 (pp. 1 et 6) que l'examen bidisciplinaire pratiqué le 16 novembre 2012 a été réalisé avec le concours d'un interprète de langue roumaine, ce dont la recourante n'a du reste pas disconvenu dans un premier temps (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 13) ; au demeurant, selon

les informations à disposition sur le site internet de la Fédération des médecins suisses, la Dresse Y._____ dispose de connaissances linguistiques en roumain (cf. http://www.doctorfmh.ch/index_fr.cfm, consulté le 30 mars 2014). Dans ces conditions, on voit mal comment des problèmes de langue auraient pu faire obstacle au bon déroulement de l'examen clinique pratiqué au SMR.

Au final, rien dans l'avis du Dr V._____ ne justifie par conséquent de s'écarter de l'appréciation de la Dresse Y._____.

dd) La recourante soutient par ailleurs que l'examen clinique du SMR - singulièrement, l'évaluation de la Dresse Y._____ - contient des incohérences (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 14 et déterminations du 25 juin 2014 p. 2). La Cour de céans est toutefois loin de partager ce point de vue. Ainsi, il est vrai que, dans le status psychiatrique, la Dresse Y._____ a mentionné de bonnes ressources d'adaptation aux changements (cf. rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 p. 7). De fait, il ne faut pas oublier que l'assurée a quitté sa patrie pour déplacer son centre de vie en Grèce puis en Italie avant d'arriver en Suisse - ce qui témoigne indiscutablement de ressources d'adaptation. Ce nonobstant, il n'est pas contradictoire d'avoir retenu les diagnostics de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie et de difficultés liées à l'acculturation (cf. *ibid.* pp. 7 et 9). En effet, il n'y a rien d'antinomique à ce qu'une personne présentant des difficultés à s'acclimater à une nouvelle phase de son existence peine à solliciter les ressources dont elle dispose pour outrepasser ses difficultés. Sous un autre angle, il est constant que le rapport d'examen clinique du 26 novembre 2012 mentionne l'absence de tabac (p. 4), alors que le compte-rendu du Dr W._____ du 10 décembre 2013 fait état d'un tabagisme chronique. Quoi qu'en dise la recourante, cette apparente contradiction ne porte pas sur un point déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail et de gain, mais uniquement sur un aspect secondaire ayant trait à l'anamnèse. On relèvera au demeurant que l'établissement de l'anamnèse dépend généralement des indications fournies par la personne auscultée. Or, si l'assurée - laquelle, de son propre aveu, ne parle pas le français (cf.

en particulier mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 13) – était assistée d'un interprète de langue roumaine lors de l'examen clinique au SMR afin de garantir le bon déroulement de l'entretien (cf. consid. 5b/cc supra), tel n'était pas le cas lors de la consultation avec le Dr W. _____ dont le rapport du 10 décembre 2013 ne mentionne l'intervention d'aucun tiers, circonstance laissant inmanquablement présager de difficultés de compréhension de part et d'autre. Sur ce plan, l'argumentation de la recourante n'est donc pas pertinente.

C'est par ailleurs en vain que l'assurée s'est prévaluée du contexte psychosocial dans lequel elle évolue (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 12). En effet, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a ; cf. TF 9C_837/2011 & 9C_845/2011 du 29 juin 2012 consid. 6.3 et TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 4.1, in SVR 2010 IV 58 p. 177).

ee) Il suit de là que rien au dossier ne justifie de se départir des conclusions de la Dresse Y. _____. Partant, on retiendra avec la psychiatre du SMR que la recourante ne présente aucun diagnostic psychiatrique incapacitant, singulièrement que le diagnostic de fibromyalgie ne peut se voir reconnaître aucun caractère invalidant eu égard à l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste, de perte d'intégration sociale, d'état psychique cristallisé ou de profit tiré de la maladie, conformément aux critères jurisprudentiels développés en la matière (cf. consid. 4c supra).

Il suit de là que le dossier est complet sur le plan psychiatrique, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une contre-expertise telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12

octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

c) Au regard de ce qui précède, la Cour de céans conclut qu'il ne se trouve au dossier aucun avis médical - que ce soit sous l'angle somatique ou psychique - qui inciterait à doute des conclusions exposées dans le rapport d'examen bidisciplinaire des Drs P._____ et Y._____ du 26 novembre 2012, conclusions du reste confirmées par le Dr M. _____ du SMR le 11 décembre 2012.

Par ailleurs et surtout, le rapport précité des Drs P._____ et Y._____ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes de la recourante, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra). Cela étant, il convient donc de retenir avec les spécialistes du SMR - et, corollairement, l'OAI - qu'en raison de ses atteintes physiques, la recourante ne peut certes plus travailler au-delà de 20% en tant qu'ouvrière de conditionnement de légumes ou femme de ménage, mais qu'elle conserve en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses troubles ostéoarticulaires.

d) C'est encore le lieu de noter que l'assurée soutient en vain qu'au vu de son parcours, elle serait incapable d'intégrer un poste adapté à ses limitations fonctionnelles (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 15 s.). En effet, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - il faut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles sont adaptées à la recourante et accessibles sans formation particulière (cf. TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.3). Il convient de souligner qu'à cet effet, une aide au placement a été accordée à l'assurée le 23 mai 2013, afin qu'elle puisse obtenir un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, mais que

cette mesure a été interrompue quelques mois plus tard devant les réticences émises par l'intéressée. On rappellera enfin que conformément à l'obligation de diminuer le dommage, la recourante est tenue d'atténuer par tous les moyens les effets de son invalidité en tirant parti de son entière capacité résiduelle de travail (cf. ATF 123 V 96 consid. 4c et 113 V 28 consid. 4a ; cf. TFA I 606/02 du 30 janvier 2003 consid. 2 et les références citées).

6. Sous l'angle économique, l'assurée n'a soulevé aucun grief à l'encontre des revenus sans et avec invalidité tels qu'arrêtés par l'OAI. Vérifiés d'office, les calculs de l'intimé échappent du reste à toute critique.

L'intéressée a contesté, en revanche, le taux d'abattement de 10% pratiqué par l'OAI sur le revenu d'invalidé. Elle a allégué que cette déduction ne tenait pas compte de ses « *problèmes d'intégration, de langue, de permis* » et de son inexpérience professionnelle dans les métiers envisagés, éléments justifiant à ses yeux une déduction de 25% (cf. mémoire de recours du 11 novembre 2013 p. 16).

a) Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 75). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouve la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (cf. ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de

l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, à la seule lumière des limitations fonctionnelles retenues sur le plan ostéoarticulaire, le taux d'abattement de 10% fixé par l'intimé n'est pas critiquable. Du reste, la recourante ne prétend pas - et a fortiori ne démontre pas - que ses restrictions n'auraient pas été appréciées à leur juste valeur. S'agissant des autres critères entrant en considération (cf. consid. 6a supra), on notera tout d'abord que l'intéressée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. consid. 5 supra), si bien qu'elle ne subirait sous cet angle aucun désavantage salarial en cas de retour sur le marché du travail. En outre, il faut souligner que la recourante, né en 1967, est encore relativement jeune et bénéficie d'une autorisation de séjour lui permettant de travailler en territoire helvétique. S'il est vrai qu'elle a suivi une scolarité de base, n'a pas de formation particulière et ne maîtrise pas la langue française, il n'en demeure pas moins que les difficultés linguistiques, le manque de formation professionnelle ou la capacité d'apprentissage réduite ne peuvent être considérés comme des critères déterminants (cf. TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.5,

9C_713/2009 du 22 juillet 2010 consid. 4.3 et 9C_377/2009 du 20 janvier 2010 consid. 4.5) au regard de la nature des activités encore exigibles (selon l'ESS, niveau de qualification 4 : activités simples et répétitives). L'aide au placement, dont la possibilité a été évoquée en cours de procédure administrative, devrait dès lors être suffisante, dans la mesure où elle se révélerait nécessaire (cf. TF 9C_297/2011 précité, loc. cit.). Enfin, concernant les difficultés d'intégration, on rappellera ici que l'AI n'a pas à répondre de paramètres psychosociaux ou socioculturels (cf. consid. 5c/dd supra).

Par conséquent, il apparaît que les griefs invoqués par la recourante sont mal fondés et que le taux d'abattement de 10% retenu par l'office est justifié au vu des particularités du cas d'espèce.

c) Partant, il y a lieu de retenir avec l'intimé que le degré d'invalidité s'élève à 10%, taux qui s'avère toutefois inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente AI (cf. art. 28 al. 2 LAI). C'est dès lors à juste titre que l'OAI a refusé d'octroyer une telle prestation à la recourante.

Par surabondance, l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel étant subordonné à une diminution de la capacité de gain d'au moins 20% environ (cf. ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; cf. TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4 et 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2), c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le droit à de tels prestations n'était pas ouvert non plus.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de 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; 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 fr. (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours déposé le 11 novembre 2013 par E. _____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- DAS Protection juridique SA (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :