

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mars 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
                  M. Piguet, juge, et M. Bidiville, assesseur  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 3 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 1, 28a al. 3 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 4 janvier 1968, sans formation, travaillait en qualité d'aide d'exploitation hôtelière au sein d'un ensemble hospitalier depuis le mois de mars 2007, à un taux d'activité de 80 %. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 3 juillet 2014, en raison d'une fibromyalgie chronique, dont elle présentait des symptômes depuis 2010.

Dans un questionnaire de l'OAI rempli le 9 juillet 2014, l'employeur de l'assurée a indiqué que l'intéressée gagnait 3'501 fr. 90 par mois depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014.

Q. \_\_\_\_\_ est au bénéfice d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de perte de gain, conclue par son employeur avec W. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA (ci-après : W. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA). Cet assureur a transmis à l'OAI diverses pièces médicales, dont un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2014 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, que l'assurée avait consulté sur demande de son médecin traitant. Le Dr N. \_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de « fibromyalgie très probable ». D'un point de vue rhumatologique, la patiente ne présentait pas de limitations fonctionnelles objectivables et l'examen clinique demeurait rassurant. W. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a également produit des certificats médicaux du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, spécialiste en médecine interne générale, lequel attestait une incapacité totale de travail du 18 février au 28 février 2014, une incapacité de 75 % du 1<sup>er</sup> mars au 21 mars 2014, puis une incapacité de 50 % (du 80 % d'activité) du 19 mars au 30 juin 2014.

L'assurée a été adressée par W. \_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA au Centre F. \_\_\_\_\_ (ci-après : le Centre F. \_\_\_\_\_) en vue d'une expertise pluridisciplinaire. Cette dernière a été réalisée par les Drs

P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lesquelles ont remis leur rapport le 7 juillet 2014, sur la base du dossier de l'assurée, d'examens cliniques et d'une discussion interdisciplinaire. Les experts ont conclu que, sur le plan rhumatologique, la symptomatologie douloureuse était toujours active, l'expertise confirmant les observations qui avaient déjà été effectuées, à savoir qu'on était en présence de douleurs multiples sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire ou métabolique susceptibles de les expliquer. L'examen clinique actuel ne mettait rien de particulier en évidence, si ce n'était la présence d'une grande sensibilité des articulations, ligaments, muscles et insertions du squelette axial et des ceintures scapulaire et pelvienne, et de tous les trigger points de Yunus. Etait parallèlement relevée la présence de pathologies généralement annexes de la fibromyalgie, l'intense fatigue (qui pouvait avoir une autre étiologie), la maladie de reflux et la colopathie fonctionnelle. Les paresthésies non systématisées dont l'assurée se plaignait étaient vraisemblablement en relation avec la fibromyalgie, aucun symptôme de déficit sur compression radiculaire ou tronculaire n'avait été décelé. L'expertisée se plaignait de fatigue et de mouvements des jambes le soir, ce qui suggérait un possible syndrome des jambes sans repos. Sur le plan psychique, l'assurée n'avait aucun antécédent. Son médecin lui avait prescrit des antidépresseurs par périodes durant les quatre années précédentes. L'expertisée ne constatait aucun effet bénéfique de ce traitement, mais, selon le monitoring, elle ne le prenait pas régulièrement. Elle se plaignait d'une symptomatologie dépressive directement liée au syndrome douloureux : tristesse, envie de pleurer, irritabilité d'intensité de 4 à 8/10 selon les jours, anhédonie, perte de libido et tendance au repli, troubles de l'endormissement et réveil précoce en raison de l'inconfort physique, fatigue permanente d'intensité 8/10, perte de confiance et d'estime, troubles de la concentration, pessimisme, anxiété concernant l'évolution de sa maladie. L'appréciation de sa personnalité ne révélait aucun trait de caractère pathologique, elle se décrivait comme une femme anxieuse, surtout depuis le début de son syndrome douloureux. La description des activités quotidiennes était congruente avec ses plaintes : elle travaillait quatre heures le matin

durant quatre jours, assumait quelques activités ménagères légères dans le privé. Elle n'était pas repliée socialement. L'examen psychiatrique restait dans les limites de la norme, il n'était constaté aucun trouble cognitif, ni de ralentissement, l'humeur n'était pas irritable ni dépressive. Le dosage plasmatique du citalopram montrait un taux extrêmement bas, argument pour une mauvaise compliance thérapeutique. En conclusion, il pouvait être avancé un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) présent depuis 2010, sans comorbidité psychiatrique, ni repli social, ni état psychique cristallisé. Il n'existait aucune limitation fonctionnelle, sa capacité de travail pouvait être considérée comme complète dans toute activité sans diminution de rendement.

Sur la base de l'expertise précitée, W.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a, par courrier du 25 juin 2014, signifié à l'assurée que sa participation financière prendrait fin le 29 juin 2014. L'assurée a repris son activité habituelle à 80 % en juillet 2014.

L'assurée a été adressée tant par le Dr C.\_\_\_\_\_ que par l'OAI à la Dresse K.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans un rapport du 19 août 2014, cette dernière a expliqué avoir vu l'assurée en 2012 et constaté que la situation s'était aggravée. Depuis que l'assurée avait repris son activité habituelle, son état s'était notablement détérioré. Selon la Dresse K.\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait d'un syndrome douloureux chronique de longue date. Il était indiqué qu'elle soit évaluée au plan psychiatrique car ce trouble engendrait une anxiété et un repli social évident. Elle suggérait que l'assurée soit mise au bénéfice d'une incapacité de travail à 50 %.

Interrogé par l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 21 septembre 2014, retenant le diagnostic de fibromyalgie/syndrome douloureux persistant depuis 2010 et de trouble du sommeil. Il estimait la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle.

Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a

rendu un rapport le 21 novembre 2014, observant notamment que l'avis de la Dresse K.\_\_\_\_\_ recoupe les conclusions du Centre F.\_\_\_\_\_ au niveau du diagnostic. Son appréciation de la capacité de travail exigible n'était en revanche qu'une appréciation différente d'une situation similaire. Le Dr J.\_\_\_\_\_ retenait ainsi une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, sans limitations fonctionnelles.

Le 9 février 2015, l'OAI a rendu un projet dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité.

Dans un courrier à W.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA du 5 février 2015, remis en copie à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ s'est opposé à la décision de ne pas reconnaître à sa patiente une incapacité de travail de 50 %. Il décrivait en substance un état aggravé par la reprise du travail, dont les conditions s'étaient durcies.

Dans un avis du 20 mars 2015, le Dr J.\_\_\_\_\_ a confirmé la teneur de son avis du 21 novembre 2014, ajoutant que le Dr C.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun fait nouveau, ni élément objectif allant dans le sens d'une aggravation durable de l'état de santé.

Le 15 avril 2015, l'OAI a rendu une décision de refus de reclassement et de rente d'invalidité. Il reconnaissait une incapacité de travail totale du 18 février 2014 au 28 février 2014, une incapacité de 75 % du 1<sup>er</sup> mars 2014 au 18 mars 2014 et une incapacité de 50 % du 19 mars 2014 au 29 juin 2014. La reprise de l'activité habituelle au taux contractuel de 80 % était raisonnablement exigible à partir du 15 juillet 2014, de même que toute autre activité adaptée à l'état de santé de l'assurée. Des mesures professionnelles n'étaient ainsi pas nécessaires. L'assurée ne présentait pas d'atteinte incapacitante au sens de l'assurance-invalidité dès lors qu'il n'y avait pas de comorbidité au trouble somatoforme douloureux persistant. En l'absence de limitations fonctionnelles invalidantes, il n'y avait pas lieu de considérer qu'il existait un empêchement dans la tenue de son ménage. De plus, la durée de l'incapacité de travail était inférieure à une année.

Par courrier du 26 avril 2015, le Dr C. \_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI de ses objections à l'encontre de la décision précitée, soulevant pour l'essentiel que le trouble somatoforme douloureux que présentait la recourante ne lui permettait pas de travailler autant que retenu. Il reprochait entre autre à l'expertise d'avoir été faite alors que l'assurée travaillait à 50 % de son 80 %, ce qui lui permettait de récupérer l'après-midi.

Par courrier du 11 mai 2015 adressé à l'OAI, l'assurée s'est opposée à la décision du 15 avril 2015, soutenant notamment qu'elle ne pouvait honorer son activité professionnelle qu'au prix de souffrances inacceptables. Elle informait également l'OAI de la mise en place d'un suivi psychiatrique.

Le Dr J. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur le courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ par avis du 11 juin 2015, maintenant sa position.

**B.** Le 13 juillet 2015, l'OAI a transmis à la Cour de céans le recours de Q. \_\_\_\_\_ du 11 mai 2015 comme objet de sa compétence. Il s'est ensuite déterminé par réponse du 1<sup>er</sup> octobre 2015, proposant le rejet du recours, observant en substance que l'instruction mise en œuvre correspondait aux nouvelles exigences jurisprudentielles en matière de trouble somatoforme douloureux.

La recourante a produit une liasse de pièces le 28 octobre 2015, dont un rapport du 7 septembre 2015 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, laquelle constatait une situation guère favorable. Elle doutait qu'il soit possible d'exiger de sa patiente un taux d'activité de plus de 40 % dans une activité adaptée. La recourante était parfaitement suivie tant sur le plan somatique que psychiatrique et la Dresse K. \_\_\_\_\_ ne croyait pas utile de demander des investigations supplémentaires. La recourante a également produit un courrier du Dr C. \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2015, dans lequel il annonçait notamment une aggravation de l'état de santé de la recourante sur la base d'une IRM du 9 juin 2015 qui concluait à l'existence

d'une discopathie L5-S1 sous forme d'un débord discal associé à une déchirure de l'anneau fibreux postérieur, une déshydratation discale, et un contact avec les racines L5 des deux côtés dans leur trajet foraminaux. A ce niveau il était également noté une arthrose interfacettaire postérieure. Le Dr C.\_\_\_\_\_ mentionnait également que la Dresse K.\_\_\_\_\_ avait prescrit un arrêt de travail complet du 17 au 30 juin 2015 et que lui-même avait prescrit un arrêt de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il reprochait également à l'intimé de ne pas avoir pris en compte l'aide que le mari de la recourante devait lui apporter dans la tenue du ménage.

L'intimé s'est prononcé sur les pièces produites le 16 décembre 2015. Se fondant sur un avis médical du Dr J.\_\_\_\_\_ du 11 décembre 2015, il a observé que les troubles décrits par les médecins traitants avaient été pris en compte lors de l'instruction antérieure à la décision du 15 avril 2015 et n'allaient pas dans le sens d'une modification significative et durable d'une aggravation antérieure à la date de l'acte litigieux. L'intimé maintenait ainsi ses conclusions.

En raison de la nouvelle incapacité de travail prononcée par les médecins traitants de la recourante, W.\_\_\_\_\_ Assurance-maladie SA a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès du Centre F.\_\_\_\_\_, réalisée par les Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur la base du dossier de la recourante, d'examens cliniques et d'une discussion interdisciplinaire. Dans le rapport consécutif, du 29 décembre 2015, les experts ont retenus notamment ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan rhumatologique, Madame Q.\_\_\_\_\_ a repris son poste de travail à 80 % avec la pénibilité qu'on lui reconnaît avec ses exigences de soulèvements de poids en porte-à-faux du tronc et avec les bras éloignés du corps. Cet exercice s'effectue, qui plus est, en hauteur. L'échec de cette reprise de travail méritait une nouvelle analyse.

L'examen clinique de cette nouvelle expertise est presque en tous points superposable au précédent. La fasciite plantaire n'existe plus, mais on retrouve effectivement tous les signes de la fibromyalgie. Celle-ci est floride, mais devrait être plus supportable si elle reste confinée aux ceintures et n'est pas associée

aux douleurs de l'axe vertébral. Si les douleurs périphériques, à savoir celles des jambes, peuvent être jugulées par un traitement adéquat en cas de syndrome des jambes sans repos avéré, la fibromyalgie en sera d'autant mieux tolérée.

La mobilité rachidienne est douloureuse dans toutes les directions et la flexion antérieure est aussi limitée par la rétraction des ischio-jambiers. Cette dernière joue un rôle délétère sur la spondylolyse bilatérale de L5 et du listhésis qui en résulte. En effet, la suspicion de lyse isthmique bilatérale visible sur les radiographies de Mme le Dr K. \_\_\_\_\_ de juin 2015 est confirmée sur les radiographies de la même colonne lombaire avec les incidences de face, de profil, mais aussi des obliques des deux côtés. On y voit même une accentuation du glissement antérieur de L5 sur S1. L'assurée est repartie chercher les clichés du 24.02.2010, que nous avons examinés en 2014 et considérés comme normaux. On peut admettre, rétrospectivement, en connaissant le diagnostic aujourd'hui, que ce spondylolisthésis existait déjà, mais que le glissement n'était qu'à peine ébauché. L'aggravation constatée risque fort d'être inéluctable.

Il ressort de cette nouvelle expertise que Madame Q. \_\_\_\_\_ souffre d'un spondylolisthésis de L5 sur S1, sur spondylolyse bilatérale asymptomatique jusque-là, qui a décompensé en 2010 et qui s'est incontestablement accentué depuis lors. L'assurée a été victime du retard du diagnostic qui n'était pas possible avant ce jour et a ainsi souffert dans des tâches qui sont manifestement délétères à son affection et qui ne doivent plus être accomplies. Il s'agit de ports de charges supérieures à 5 kg d'autant plus si c'est avec les bras éloignés du corps, de travaux en hauteur, de mouvements répétitifs ou positions en porte-à-faux du tronc. L'activité de femme de ménage n'est plus exigible.

En revanche, une activité légère respectant les limitations fonctionnelles mentionnées ci-dessus est parfaitement possible à 100 %.

Sur le plan psychique, sur la base des éléments anamnestiques et de notre observation, nous retenons un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), identique à celui qui avait été évoqué lors de la précédente expertise. Il y a une très nette focalisation sur les douleurs avec une difficulté à élaborer sur le plan psychique.

Ce diagnostic est le pendant psychiatrique de la fibromyalgie décrite par divers intervenants et également mentionné dans le volet rhumatologique de la présente évaluation où il est mentionné que ce trouble est floride, mais qu'il devrait être plus supportable si devait rester confiné aux ceintures et épargner l'axe vertébral.

Ce trouble est associé actuellement à un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00). L'appréciation de l'intensité de l'épisode dépressif est rendue difficile par une tendance à la majoration, les plaintes subjectives étant plus importantes que les constatations objectives.

A cet effet, il nous apparaît toute à fait frappant que Madame Q. \_\_\_\_\_ ne fasse quasiment rien au niveau du ménage à son domicile, affirmant qu'elle ne peut pas nettoyer les sols ni passer l'aspirateur, alors qu'elle effectue ces mêmes

tâches au travail. Lorsqu'elle est confrontée à cette observation, Madame Q. \_\_\_\_\_ répond qu'elle est bien obligée d'effectuer ces tâches dans le cadre professionnel. Il est aussi étonnant que bien qu'elle travaille qu'à temps partiel, à peine elle a regagné son domicile, elle prend un repas puis sort pour une promenade de 30 à 90 minutes, en quittant son domicile à 14 heures puis le regagner qu'à 17 heures. Ces éléments sont en claire contradiction avec la description des répercussions de ses douleurs sur son quotidien.

Le monitoring thérapeutique montre un taux de Duloxétine dans la zone thérapeutique. Lors de la précédente expertise, le taux de l'antidépresseur était indétectable. La prise régulière du traitement explique probablement l'amélioration récente observée par Madame Q. \_\_\_\_\_.

Dans ce contexte, les éléments psychiatriques ne sont pas du tout au premier plan pour justifier la poursuite d'une incapacité de travail et il n'y a pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, car l'épisode dépressif est léger d'une part et d'autre part, malgré la description de douleurs, Madame Q. \_\_\_\_\_ parvient à conserver une activité en dehors des horaires de travail avec une capacité conservée à se mobiliser pour des activités plaisantes.

Madame Q. \_\_\_\_\_ reste confrontée à un facteur de stress important en lien avec des relations difficiles au travail. »

La capacité de travail dans l'activité habituelle était, selon les experts, nulle d'un point de vue rhumatologique et entière sur le plan psychique. Elle était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans port de charges supérieures à 5 kg surtout avec les bras éloignés du corps, sans travaux en hauteur, sans mouvements répétitifs ou position en porte-à-faux et sans position statique (assise ou debout) de plus de trente minutes. L'épisode dépressif léger dont souffrait la recourante ne représentait pas une comorbidité manifeste au trouble somatoforme douloureux. Ce dernier n'était pas au premier plan de la symptomatologie douloureuse totale. La lombalgie, parfois compliquée d'une sciatgie de type S1 restait l'élément le plus incapacitant. La recourante ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle ne présentait pas d'état psychique cristallisé ni d'échec des traitements conformes aux règles de l'art.

L'intimé a produit, par écriture du 2 mars 2015 un avis du Dr J. \_\_\_\_\_ du 8 février 2016, lequel se ralliait aux conclusions de l'expertise. L'intimé a produit également un calcul du salaire exigible effectué par son service de réadaptation, dont il ressortait un degré

d'invalidité de 8.24 % s'agissant de la part active. L'intimé a précisé que, à considérer que le statut de la recourante serait constitué d'une part active à 80 % et d'une part ménagère à 20 %, les empêchements domestiques ne permettraient dans tous les cas pas d'aboutir à un préjudice économique qui ouvrirait le droit de la recourante à une rente, même à supposer que lesdits empêchements s'élevaient à 100 %, car le degré d'invalidité serait au maximum de 26.60 %, arrondi à 27 %. L'intimé maintenait dès lors ses conclusions en rejet du recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 et 38 al. 3 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions formelles (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

**b)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu hypothétique sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une, il y a lieu d'évaluer l'invalidité en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, puis calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI).

Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194 consid. 3b).

**c)** En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant

compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013).

**4.** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois être admises avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**5. a)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des

conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

**b)** La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, *in* SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4).

**ba)** Selon la jurisprudence applicable à l'époque où la première expertise du Centre F\_\_\_\_\_. a été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). Parmi ces critères,

on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinent, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), 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), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituaient généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3 et les références).

**bb)** Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la

jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

**d)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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

**e)** Une nouvelle jurisprudence est en principe applicable à toutes les procédures pendantes qui ne sont pas encore entrées en force au moment du changement de pratique (arrêt 2A.471/2005 du 10 novembre 2006 *in* StE 2007 B 24.4, consid. 3.7 et la référence à l'ATF 111 V 161 consid. 5b).

**6. a)** Sur le plan somatique, il a finalement été reconnu par l'intimé que la recourante souffrait d'un spondylolisthésis de L5 sur S1 sur spondylose bilatérale, atteinte qui n'avait pas pu être diagnostiquée lors de la première expertise du Centre F. \_\_\_\_\_ et qui expliquait en partie les symptômes de la recourante. Ce trouble entraînait des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de l'intéressée, mais pas d'incapacité dans une activité adaptée. Les constatations du Centre F. \_\_\_\_\_ sur ce point sont probantes et aucun élément au dossier ne vient contredire cette analyse.

**b)** Le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par les experts du Centre F. \_\_\_\_\_ et reconnu en soi par l'intimé. Les experts ont en revanche observé qu'elle n'avait pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante. Ces derniers ont fait une étude circonstanciée des points litigieux, en tenant compte en particulier des nouvelles découvertes médicales et en précisant de quelle manière elles expliquaient les douleurs de la recourante. Ils ont ensuite délimité précisément ce qui relevait de l'atteinte organique et ce qui relevait de l'atteinte fibromyalgique. Sur la base d'exams cliniques, ils ont expliqué de manière détaillée pour quelles raisons ils ne retenaient pas de limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble. Ils ont pris en compte les plaintes de la recourante, ainsi que les pièces de son dossier et rendu compte d'une anamnèse complète. Enfin, leur appréciation médicale est claire et motivée. Au vu de ce qui précède, l'expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels en la matière (cf. supra consid. 4). Le Dr C. \_\_\_\_\_ n'amène pas d'éléments allant à l'encontre des conclusions des experts. En effet, il se contente d'observer que sa patiente souffre trop pour pouvoir travailler à temps complet, sans étayer son appréciation par des éléments médicaux objectifs. De plus, son

appréciation semble liée aux conditions de travail difficiles de l'activité habituelle de la recourante et il n'amène pas d'argument allant à l'encontre de l'exercice d'une activité adaptée. Concernant en particulier le fait que la recourante n'exerçait qu'à temps partiel son activité à l'occasion de la première expertise, ce qui lui permettait de se reposer, la reconnaissance de limitations fonctionnelles à l'occasion de la seconde permet en définitive d'en tenir compte. Quant à la Dresse K.\_\_\_\_\_, ses conclusions médicales vont dans le sens de l'expertise. Seule son appréciation de la capacité de travail diverge, ce qui ne suffit pas à remettre en cause les conclusions des experts, dans la mesure où elle n'est pas motivée de manière détaillée.

S'agissant plus particulièrement de la nouvelle jurisprudence développée en matière de trouble somatoforme douloureux et d'affections psychosomatiques liées, il est observé que, bien que la deuxième expertise semble se référer, dans les termes utilisés, à la jurisprudence antérieure, elle amène les éléments nécessaires à l'examen du cas sous l'angle des nouveaux indicateurs. Le diagnostic de fibromyalgie a été étayé à satisfaction et posé dans les règles de l'art. A ce propos, les experts sont clairs sur l'absence de limitations fonctionnelles. Ils mentionnent également une tendance à la majoration. S'il y a bien une comorbidité psychiatrique, il ne s'agit que d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Les experts indiquent expressément que ce trouble ne justifie pas la poursuite d'une incapacité de travail. La recourante n'a pas émis d'objection quant à l'évaluation du trouble dépressif. Elle se contente de mentionner un suivi psychiatrique sans plus de précision, ce qui ne permet pas de mettre en doute les conclusions des experts. Ces derniers observent encore des contradictions dans les déclarations de la recourante qui effectue dans le cadre de son travail des tâches qu'elle affirme ne pas pouvoir assumer au quotidien, de même qu'elle conserve en réalité une capacité à se mobiliser pour des activités plaisantes. Ainsi, les symptômes décrits par la recourante ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie. Finalement, les experts ne laissent pas entendre que l'atteinte somatique

(spondylolisthesis) reconnue aurait un effet sur les ressources adaptatives de la recourante.

Il résulte de ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a retenu une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte organique.

**7. a)** Sans atteinte à la santé, la recourante aurait réalisé un revenu de 45'524 fr. 70 en 2014, en travaillant à 80 %. Elle aurait par ailleurs consacré 20 % de son temps à la tenue de son ménage. La recourante ne soulève aucun grief sur les constatations de l'intimé sur ce point, qui ne prêtent pas flanc à la critique.

**b)** Concernant le revenu avec invalidité, il convient de se référer à l'ESS (cf. supra consid. 3c), plus particulièrement au salaire que peut obtenir une personne exerçant une activité physique ou manuelle simple dans le domaine de la production et des services dans le secteur privé (tableau TA1), ceci permettant de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Dans une telle activité, elle aurait obtenu un salaire annuel de 43'034 fr. 40 à 80 % compte de tenu la durée hebdomadaire normale du travail dans les entreprises de 41.7 heures en 2014. Il convient d'opérer un abattement de 10 % sur ce montant en raison des limitations fonctionnelles de la recourante et de l'absence de formation de sorte que l'on peut constater un revenu d'invalidé de 38'731 fr. par année. Il résulte de la comparaison des revenus avec et sans invalidité une perte de gain de 6'793 fr. 70, soit un degré d'invalidité de 15 % concernant la part active. Si l'on devait ensuite constater un empêchement total dans les tâches ménagères habituelles - bien qu'un empêchement notablement inférieur devrait selon toute vraisemblance être retenu -, il en résulterait, après pondération par 80 % et 20 % soit la proportion de chacune des activités lucrative et ménagère de la recourante, un taux d'invalidité de 32 % au maximum ( $[15 \times 80 \text{ \%}] + [100 \times 20 \text{ \%}]$ ). Un tel taux d'invalidité, inférieur à 40 %, n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

Par ailleurs, l'intimé a nié à juste titre le droit à des mesures d'ordre professionnel, le degré d'invalidité étant inférieur à 20 % pour ce qui concerne la part active (cf. ATF 139 V 399 consid. 5.3). De plus, comme il est observé dans la communication interne du service de réadaptation de l'intimé du 16 février 2016, compte tenu du faible niveau de formation de la recourante et de son expérience professionnelle limitée au domaine du nettoyage, une mesure de reclassement professionnel simple et adéquate ne permettrait pas de réduire le préjudice économique.

Reste en revanche la question de l'aide au placement sur laquelle l'intimé n'a pas statué. Sans se prononcer définitivement sur ce point, on observera à ce stade qu'une telle aide est à première vue fondée compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Il appartiendra toutefois à la recourante de présenter une demande en ce sens si elle le souhaite.

**8. a)** Vu ce qui précède, les griefs de la recourante sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse du 15 avril 2015.

**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'assurance-invalidité 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, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représentée, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 15 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Il appartiendra à l'intimé de statuer sur le droit de la recourante à l'aide au placement si la recourante présente une demande en ce sens.
- IV. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Q. \_\_\_\_\_,
- 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 :