

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Bonard et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4, 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] janvier 1955, au bénéfice d'un CFC de vendeuse, a été employée pendant deux ans à l'usine P._____ en tant qu'ouvrière. Dès 1981, elle a travaillé en qualité de cuisinière, puis dès 1998, comme responsable de la buanderie au F._____, le tout durant 24 ans. Elle a ensuite été engagée en 2005 par l'EMS V._____ en tant qu'employée de cafétéria. Elle travaillait à 80 %. Début août 2014, elle a subi un violent lumbago qui a entraîné une incapacité totale de travail dans sa profession à compter du 5 août 2014 et l'a contrainte de se déplacer avec un déambulateur pendant plusieurs mois. L'employeur a résilié le contrat de travail avec effet pour le 31 juillet 2015.

Dans un rapport du 28 août 2014, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire, la doctoresse O._____, spécialiste en radiologie, a constaté des phénomènes dégénératifs étagés légers à modérés prédominant en L5-S1, où il y avait une lyse isthmique bilatérale, des légers phénomènes inflammatoires au niveau des plateaux vertébraux et de la lyse à droite, ainsi qu'un antélisthésis de grade I. A ce niveau se trouvait une protrusion discale, mais surtout une hernie discale paramédiane et foraminale. Celle-ci entrainait en conflit avec la racine L5 voire S1 droite. Pour le surplus, la doctoresse O._____ a noté de légères discopathies aux autres niveaux avec une légère herniation discale médiane en L2-L3, et un léger rétrécissement acquis du canal rachidien de L2 à L4 et L5-S1.

Dans un rapport du 8 octobre 2014, la doctoresse Z._____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué avoir été consultée pour une symptomatologie algique rachidienne, compliquée d'une sciatalgie droite invalidante. Elle a notamment relevé des cellulomyalgies très présentes et un spondylolisthésis de grade I par lyse isthmique bilatérale.

Le 2 décembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport à l'OAI du 11 décembre 2014, le docteur R._____, médecin généraliste traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies. Il a retenu une incapacité totale de travail dans les activités de lingère et de cuisinière, la station debout et la marche étant difficiles pour l'assurée. La possibilité d'une activité adaptée, soit un travail assis à temps partiel, restait à déterminer.

Le 3 février 2015, l'assurée a informé l'OAI que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à un taux de 80 % par nécessité financière.

L'assurance perte de gain de l'employeur a régulièrement versé des indemnités journalières. Elle a mandaté la doctoresse X._____, spécialiste en rhumatologie au G._____ pour une expertise rhumatologique. Dans un rapport du 25 juin 2015, la doctoresse X._____ a constaté diverses atteintes à la santé physique, en particulier un syndrome lombaire modéré à sévère sur une spondylarthrose étagée avec discopathies et spondylolisthésis L5-S1 de premier degré. Elle a retenu, en raison de cette atteinte dorsale, une incapacité de travail totale dans la profession habituelle - ainsi que dans celles de vendeuse, de cuisinière et de lingère - et, sous réserve d'une expertise psychiatrique, une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas le port de charges supérieures à 5 kg, ni le travail en position de porte-à-faux du rachis ou continuellement en position debout ou assise statique. Une activité semi-sédentaire sans charges serait adaptée. Elle a précisé avoir relevé des éléments d'allodynie, lesquels étaient encore insuffisants pour retenir un diagnostic de fibromyalgie. Elle a également mentionné ne pas avoir d'explication ostéo-articulaire à la présence d'une instabilité posturale, qui devrait faire l'objet d'un examen neurologique spécialisé, lequel était également indiqué au vu des antécédents de malaises éventuellement épileptiques.

Le 13 juillet 2015, l'OAI a accordé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous forme d'un soutien par la Fondation Y._____, en vue de définir des pistes de réadaptation professionnelle. L'intéressée a effectué un stage à un taux de 40 % dans le domaine de la livraison de repas à domicile, auquel elle a dû renoncer après deux semaines en raison de l'inadéquation de cette activité avec les atteintes à sa santé physique ; dans ce cadre, elle a indiqué qu'il était illusoire de trouver une activité adaptée et qu'elle souhaitait s'occuper de son frère, atteint d'un cancer, et de sa mère (cf. rapport du 24 septembre 2015 de l'OAI, rapport du 19 avril 2016 du docteur R._____).

Le 24 septembre 2015, le docteur R._____ a informé l'OAI que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était positif, mais que les limitations, soit une mobilisation difficile du buste, l'impossibilité de porter des charges et de rester statique, demeuraient. La capacité de travail dans l'activité habituelle était toujours nulle et il n'arrivait pas à déterminer quelle activité serait adaptée.

L'assurance perte de gain de l'employeur a mandaté le docteur M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 19 novembre 2015, celui-ci n'a pas constaté d'atteinte à la santé psychique entraînant une incapacité de travail. Il a mentionné, comme diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, un éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, ainsi qu'une dépendance éthylique avec une consommation contrôlée depuis 2008.

En réponse à l'OAI, le docteur R._____ a indiqué, le 19 avril 2016, que l'état de sa patiente restait très fluctuant sur une base de douleurs chroniques, associées maintenant à un sévère déconditionnement. L'incapacité de travail était toujours totale dans l'activité habituelle et il ne pouvait pas se positionner sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 30 mai 2016, la doctoresse Q._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a exposé que les expertises mandatées par l'assureur perte de gain remplissaient les critères leur conférant un caractère probant, de sorte qu'elle se ralliait à leurs conclusions. Elle a donc retenu un syndrome lombaire sur spondylarthrose étagée avec discopathies et spondylolisthésis L5-S1 de grade I. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et totale dans une activité adaptée, soit n'imposant pas le port de charges supérieures à 5 kg, ni le travail en position de porte-à-faux du rachis, ou continuellement en position debout ou assise statique.

Par projet de décision du 20 juin 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a expliqué qu'elle avait exercé une activité professionnelle à 80 % et que les 20 % restants étaient consacrés à la tenue de son ménage. Pour sa part active de 80 %, elle présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée. La comparaison entre le revenu qu'elle aurait pu obtenir sans invalidité (53'398 fr. 29 à 80 %) et celui qu'elle pouvait réaliser avec l'invalidité (38'885 fr. 88 à 80 %) aboutissait à une perte de gain de 14'512 fr. 41, correspondant à un degré d'invalidité de 21.74 %. Par ailleurs, au vu des éléments recueillis au sujet de la situation personnelle, l'OAI avait renoncé à mettre en œuvre une enquête ménagère et avait retenu que l'intéressée ne présentait pas d'empêchement dans la tenue de son ménage. Le taux d'invalidité précité était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Le 13 juillet 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision, en faisant valoir qu'il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle. Elle ne pouvait rester ni assise, ni debout longtemps et le moindre effort l'obligeait à se coucher pour soulager son dos. En annexe, elle a notamment joint un rapport du 30 mai 2016 de la doctoresse Z._____, relevant en particulier une limitation modérée dans toutes les amplitudes de l'épaule droite et des douleurs à ce niveau. L'assurée a également annexé un courrier du 6 juillet 2016 du docteur R._____,

lequel indiquait soutenir l'assurée dans sa contestation, en faisant référence à l'essai de reprise d'une activité professionnelle de livraison de repas à 40 % qui s'était soldé par un échec. Etaient également joint un rapport d'évaluation du stage de livraison des repas établi le 7 août 2015 par le Centre médico-social d' [...], lequel constatait qu'il ne serait pas prêt à engager l'assurée, ceci en lien avec les problèmes physiques de cette dernière.

Dans un rapport du 20 juillet 2016 à l'OAI, la doctoresse Z. _____ a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par l'OAI et a indiqué qu'une reprise d'une activité adaptée à 100 % de la part active de 80 % lui paraissait excessive dans un contexte douloureux chronique, surtout pour un début de reprise d'activité professionnelle, si celle-ci était envisageable. Elle a estimé raisonnable une reprise à 30 %, voire 40 % dans une activité réellement adaptée - ce que n'était pas celle de livraison des repas - avec une diminution de rendement de 10 à 20 % pour tenir compte de la remise en fonction.

Par avis médical du 13 septembre 2016, la doctoresse Q. _____ a affirmé que ses précédentes conclusions étaient toujours valables, en l'absence d'arguments médicaux les remettant en doute.

Par décision du 13 octobre 2016, l'OAI a confirmé son refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Par acte du 14 novembre 2016, C. _____, désormais représentée par Procap, a recouru contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à la condamnation de l'OAI à lui verser une rente entière d'invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants. En substance, elle a reproché à l'intimé de ne pas avoir appliqué la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite. Elle a également soutenu que l'intimé ne

pouvait se contenter des expertises figurant au dossier pour statuer sur le droit aux prestations. Enfin, elle a contesté les modalités de calcul du degré d'invalidité, en reprochant notamment à l'intimé d'avoir renoncé à effectuer une enquête ménagère.

Dans sa réponse du 22 décembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. S'agissant de l'argumentation de la recourante relative à son âge, l'OAI a expliqué que les limitations fonctionnelles qu'elle présentait n'étaient pas telles qu'elles entravaient l'exercice d'une activité simple dans le secteur privé, comme employée dans le contrôle-qualité ou le service après-vente. Le marché équilibré du travail recouvrait un large éventail d'activités simples et répétitives, lesquelles correspondaient à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées et étaient, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressée. L'OAI a ajouté que l'âge de l'assurée a été pris en considération sous la forme d'un abattement. Concernant l'instruction médicale, l'OAI s'est rallié à l'avis du 13 décembre 2016 de la doctoresse Q._____, joint en annexe, laquelle retenait qu'un examen neurologique n'était pas nécessaire, les anomalies détectées par la doctoresse X._____ dans son examen clinique étant éventuellement d'origine neurologique, mais n'étant pas propres à modifier les conclusions finales, en particulier s'agissant des limitations fonctionnelles. Enfin, s'agissant de la mise en œuvre d'une enquête économique sur le ménage, l'intimé a relevé qu'au vu du taux d'invalidité concernant la part active, il aurait fallu, pour qu'un droit à une rente soit reconnu, que l'assurée ait été pleinement empêchée de réaliser ses travaux habituels, ce qui n'était pas plausible au vu des limitations fonctionnelles constatées.

Par réplique du 15 février 2017, la recourante a maintenu sa position. Elle a joint un rapport du 3 février 2017 du docteur R._____, lequel soulignait qu'une reprise du travail à 40 % en 2015 s'était soldée par un échec. L'état de sa patiente ne s'étant pas modifié depuis lors, il était important, s'il devait y avoir une reprise du travail, d'envisager un

taux de 10 à 20 % dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Par décision du 13 mars 2017, le juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 novembre 2016, sous forme de l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Le 7 mars 2017, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si elle présente une invalidité de 40 % au moins ouvrant droit à une telle rente.

3. 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 13 octobre 2016, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c).

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

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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 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 (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

5. En l'espèce, se fondant sur les rapports d'expertise du 25 juin 2015 de la doctoresse X._____ et du 19 novembre 2015 du docteur M._____, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité totale de travail dans une activité adaptée, ce que l'intéressée conteste.

a) Sur le plan rhumatologique, la doctoresse X._____ a effectué un examen complet. Dans l'expertise précitée, elle a constaté différentes atteintes à la santé physique, en particulier un syndrome lombaire modéré à sévère sur une spondylarthrose étagée avec discopathies et spondylolisthésis L5-S1 de premier degré. Elle a retenu que les lésions étagées du rachis, significatives, étaient incompatibles avec le maintien des anciennes activités professionnelles de l'assurée de cuisinière, lingère, et d'aide d'intendance dans un EMS, ainsi que celle de vendeuse en alimentation, correspondant à son CFC. Ces atteintes permettaient toutefois l'exercice à 100 % d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit évitant le port de charge de plus de 5 kg, le travail en position de porte-à-faux du rachis ou continuellement debout ou en position assise statique. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a notamment tenu compte de l'appréciation des docteurs Z._____ et R._____. De plus, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses

conclusions ont au demeurant été confirmées par la doctoresse Q._____, qui s'y est ralliée (cf. rapport du 30 mai 2016).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise. En particulier, contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport du 30 mai 2016 de la doctoresse Z._____, faisant état de douleurs à l'épaule droite, n'est pas suffisant, dès lors que ses douleurs avaient déjà été relevées par l'experte. Il en va de même des rapports successifs établis par les docteurs R._____ et Z._____, mettant en avant l'échec de la reprise d'un travail à 40 % en 2015. En effet, la livraison de repas à domicile ne constituait pas une activité adaptée, en raison notamment de la nécessité d'effectuer des trajets en voiture.

Par ailleurs, la recourante fait également valoir que la doctoresse X._____ a recommandé un examen neurologique complémentaire, lequel n'a pas été mis en œuvre par l'intimé. Toutefois, tel que le relève la doctoresse Q._____ dans son avis médical du 13 décembre 2016, la remarque de l'experte constituait une proposition dans le cadre de la prise en charge optimale sur le plan médical de l'assurée, mais non une exigence avant que l'assurance puisse statuer sur le droit aux prestations. De plus, à l'instar de la doctoresse Q._____, il y a lieu de considérer que même si les anomalies détectées par la doctoresse X._____ dans l'examen clinique peuvent être d'origine neurologique, cela ne modifie pas les conclusions finales de l'expertise, n'ajoutant en particulier pas de limitations fonctionnelles supplémentaires. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base du rapport d'expertise de la doctoresse X._____, que la recourante disposait, sur le plan rhumatologique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychiatrique, le docteur M._____ a expliqué, dans son rapport d'expertise du 19 novembre 2015, que l'intéressée ne présentait aucune symptomatologie anxio-dépressive cliniquement significative. Il n'y avait pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme, ni

de troubles anxieux spécifiques, ce qui concordait avec les tests psychométriques effectués. La consommation d'alcool était maintenant contrôlée. L'expert a également relevé qu'elle ne présentait pas de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Il a tout au plus posé comme diagnostic un éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, n'ayant toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

Cette expertise remplit également les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 5a supra) et n'est contredite par aucune pièce au dossier.

La recourante soutient que les experts X. _____ et M. _____ ont négligé une éventuelle fibromyalgie ou un éventuel trouble somatoforme douloureux, de même que leurs effets sur la capacité de travail. Cependant, même si la doctoresse X. _____ a évoqué la fibromyalgie, elle a expliqué ne pas avoir retenu ce diagnostic, en particulier car les éléments d'allodynie étaient insuffisants. En outre, les autres médecins dont les appréciations figurent au dossier, notamment le docteur M. _____, n'ont pas mentionné ce diagnostic. Quant à un éventuel trouble somatoforme douloureux, la jurisprudence prévoit en particulier qu'une telle atteinte doit être diagnostiquée dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1 ss). En l'occurrence, l'expert M. _____ a indiqué que la recourante pouvait « éventuellement » présenter un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, ce qui n'est pas suffisant pour considérer qu'un tel trouble atteindrait, en l'espèce, un degré de gravité suffisant pour entraîner une incapacité de travail significative dans une activité adaptée.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à se baser sur les expertises des docteurs X. _____ et M. _____ pour retenir que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

6. L'intimé a également déterminé à juste titre que l'intéressée présentait un statut de personne exerçant une activité lucrative à 80 % et de ménagère à 20 %, ce qui n'est au demeurant pas critiqué.

Compte tenu de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, l'OAI a constaté, en se fondant sur les données de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, qu'elle pourrait obtenir un revenu avec invalidité de 38'885 fr. pour une activité à 80 %. Dans son calcul, il a pris en considération un abattement de 10 % pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de la recourante. Cette dernière conteste l'utilisation de ces données statistiques et soutient qu'en raison de son âge et de ses atteintes à la santé, il n'existe aucune activité adaptée, même sur un marché du travail réputé équilibré. Elle se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'impossibilité pour un assuré proche de l'âge de la retraite de se reclasser dans une nouvelle profession.

a) Selon le Tribunal fédéral, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le Tribunal fédéral a considéré que le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspondait à celui où l'on constatait que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettaient d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4).

Le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si la Haute Cour n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2 et réf. citées ; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

b) En l'espèce, la date déterminante pour examiner si un reclassement professionnel est encore exigible de l'assurée est celle du rapport d'expertise du docteur M._____, soit le 19 novembre 2015, correspondant au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité adaptée était exigible du point de vue médical. A cette date, l'intéressée était âgée de 60 ans et 10 mois, soit un âge où un reclassement professionnel était devenu particulièrement difficile pour elle. En outre, la recourante a travaillé pendant près de 25 ans dans la même entreprise, puis pendant 10 ans pour son dernier employeur, comme cuisinière, lingère puis employée de cafétéria, toujours dans le même secteur des institutions médico-sociales. Au vu des limitations fonctionnelles constatées, ses chances de retrouver un emploi adapté dans ce secteur sont nulles, ou en tout cas trop restreintes pour considérer qu'il s'agit d'une perspective réelle de gain. Par ailleurs, outre le fait qu'elle ait travaillé durant près de 35 ans dans ce domaine, les activités qu'elle a concrètement réalisées dans sa carrière professionnelle – y compris celle de vendeuse, dont elle possède un CFC – sont désormais contre-indiquées par ses atteintes à la santé. Dans ces circonstances, prétendre qu'elle pourrait retrouver un emploi adapté, après de nombreux mois d'incapacité de travail, dans un nouveau secteur d'activité, comme par exemple en tant qu'employée dans le contrôle-qualité ou le service après-vente, pour les quelques trois ans et deux mois qui la séparent de

l'âge de la retraite, n'est pas réaliste, même en prenant en considération un marché du travail réputé équilibré. Par conséquent, il convient de retenir une invalidité totale pour la part du temps consacrée par l'assurée à l'exercice d'une activité lucrative, soit 80 %.

Même en tenant ensuite compte, comme l'a fait l'intimé, d'une pleine capacité de travail pour la part ménagère de 20 %, la recourante présente un taux d'invalidité globale de 80 % ($[80 \times 100] + [20 \times 0]$), ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI, consid. 3a supra).

La date du début du droit à la rente doit être fixée au 1^{er} août 2015, soit à l'issue du délai de carence d'une année dès le 5 août 2014, date à compter de laquelle l'assurée a présenté une incapacité totale de travail dans son activité habituelle (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI).

7. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée, et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il alloue à la recourante une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} août 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers est déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. Il convient de les fixer en l'occurrence à 1'800 fr., débours et TVA compris, portés à la charge de l'OAI.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 13 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à C._____ une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1^{er} août 2015.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ le montant de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour C._____)
- 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 :