

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 20 septembre 2016

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mme Dormond Béguelin et M. Gutmann, assesseurs  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Christian Favre, avocat à Lausanne,

et

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

---

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

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), ressortissante kosovare née en 1962, sans formation professionnelle, arrivée en Suisse en 1991, titulaire d'une autorisation d'établissement, mariée et mère de sept enfants nés entre 1978 et 1990, a déposé le 21 avril 2010 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) tendant à l'octroi d'une rente, eu égard à des problèmes de tension et de dos.

Aux termes d'un formulaire 531bis complété le 1<sup>er</sup> mai 2010, l'assurée a indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé à un taux de 0% et serait demeurée mère au foyer, pour s'occuper de ses enfants.

D'un extrait du 4 mai 2010, il est ressorti que le compte individuel AVS de l'intéressée ne comportait aucune inscription.

Sur interpellation de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr U.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a retenu, dans un rapport du 15 mai 2010, les atteintes se répercutant sur la capacité de travail de cervico-brachialgie droite chronique, de dorso-lombalgie chronique sur importants troubles dégénératifs et de syndrome métabolique. Il a par ailleurs fait mention d'une totale incapacité de travail dans l'activité de femme de ménage du 15 mai au 15 juin 2009 et du 23 février au 26 mars 2010. Concernant les restrictions, le Dr U.\_\_\_\_\_ a signalé que la résistance et l'endurance étaient diminuées par l'obésité et l'arthrose, ce qui se manifestait au travail par des douleurs et de l'épuisement. Il a également considéré que le rendement était réduit de 50%. Il a ajouté qu'une importante réduction de l'excès pondéral permettrait une bonne récupération du point de vue de la capacité de travail et que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, à hauteur de 70% de suite. Concernant les travaux exigibles dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr U.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il y avait lieu d'éviter les activités uniquement en position assise ou

debout, les activités exercées principalement en marchant, les activités nécessitant de se pencher ou de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie ou à genoux, ainsi que les activités impliquant de monter sur une échelle ou un échafaudage, fixant par ailleurs à 10 kg la limitation du port de charge. En outre, la capacité de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées.

Invité le 15 juin 2010 à fournir des renseignements complémentaires, le Dr U. \_\_\_\_\_ a indiqué, par retour de courrier non daté indexé par l'OAI le 1<sup>er</sup> juillet 2010, que l'assurée n'était suivie par aucun spécialiste et qu'après amélioration de tous les facteurs limitants, y compris la presque totale ignorance du français, un taux d'activité de 100% dans un travail adapté n'était pas exclu. En annexe, figurait un rapport du 18 février 2010 consécutif à des radiographies de la colonne dorsale et lombaire (face et profil) réalisées la veille. Aux termes de ce rapport, le Dr P. \_\_\_\_\_, radiologue, concluait à une antélisthésis de L5 par rapport à S1 de grade II sur possible spondylose bilatérale, à une importante arthrose de L4-L5 et L5-S1, à une spondylose lombaire étagée, à d'importants troubles dégénératifs de type spondylarthrosique étagés de la colonne dorsale, sans fracture, ainsi qu'à une attitude scoliotique à convexité droite sans rotation significative des corps vertébraux.

Par avis médical du 7 septembre 2010, le Dr J. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a notamment exposé que, dans la mesure où l'atteinte à la santé n'avait entraîné aucune incapacité de travail de longue durée, il lui semblait logique de retenir qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. S'agissant des limitations fonctionnelles, ce médecin les a décrites comme suit :

- "- Pas de port de charges supérieures à 7 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Pas de position statique assise au-delà de 30 min sans possibilité de varier les positions assis[e], debout et effectuer quelques pas d'assouplissement au minimum 1 fois à l'heure et de préférence à la guise de l'assurée.
- Pas de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis contre résistance.
- Pas de montée ou descente d'escaliers à répétition.
- Pas d'activité sur terrain instable ou en hauteur.
- Pas de position statique debout immobile au-delà de 30 min.

- Pas d'utilisation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale des épaules."

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 29 novembre 2010. Dans son rapport du 10 décembre suivant, l'enquêtrice de l'OAI a notamment indiqué que l'assurée présentait une aggravation progressive de ses douleurs lombaires et qu'elle était suivie depuis deux ans pour des troubles cardiaques, ayant notamment été hospitalisée pour ce motif en juillet 2010. Par ailleurs, l'enquêtrice a exposé que l'intéressée n'avait jamais exercé d'activité professionnelle en Suisse et qu'une tentative de prise d'emploi comme femme de chambre en 1997 avait été interrompue au bout d'une semaine ; dans ces conditions, un statut de 100% ménagère était proposé. Il était par ailleurs signalé que l'entretien de l'appartement et la préparation des repas étaient assumés par l'une des belles-filles de l'assurée vivant sous le même toit que cette dernière depuis janvier 2008, que les courses étaient réalisées par l'époux et l'un des fils et que le mari assumait en outre toutes les tâches administratives, l'intéressée ne comprenant pas et ne parlant pas le français. Pour le surplus, l'enquêtrice concluait son rapport comme suit :

"[...]

Du fait que la belle-fille assume toutes les tâches ménagères à la place de l'assurée, il est difficile d'évaluer les véritables empêchements ménagers, il y a certainement une part d'invalidité mais il y a également l'aspect culturel, l'assurée se repose totalement sur sa belle-fille, ne prend aucune initiative au niveau des activités journalières et les enfants ont tendance à surprotéger leur maman, estim[ant] qu'elle est gravement atteinte dans sa santé et qu'elle ne peut plus assumer aucune tâche ménagère.

Au vu de la situation, il m'est impossible de calculer de façon équitable les pondérations ainsi que les empêchements au niveau du ménage."

Par projet de décision du 12 janvier 2011, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle n'avait pas présenté d'incapacités de travail de longue durée mais au contraire des incapacités de travail temporaires, et qu'il ressortait de l'enquête économique sur le ménage que l'entier des tâches ménagères et administratives était réalisé par d'autres personnes sans aucun lien avec sa santé.

Dans un écrit du 20 janvier 2011, l'assurée a fait savoir à l'office qu'elle contestait « *en partie* » le projet susdit. Aux termes d'une écriture complémentaire du 9 avril 2011, l'intéressée a fait valoir que le Dr U.\_\_\_\_\_, bien que n'ayant initialement pas retenu d'incapacité de travail de longue durée, était bien conscient que son état de santé s'aggravait de plus en plus ces derniers temps. Elle a également signalé qu'elle avait débuté un suivi auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée a par ailleurs précisé que, sans atteinte à la santé, elle aurait eu un taux d'activité à 100% depuis 1997 en tant que mère au foyer et femme de chambre.

A teneur d'une attestation du 9 mai 2011, le Dr U.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée présentait une obésité morbide avec un indice de masse corporelle (IMC ou BMI [body mass index]) de 45, alourdissant tous ses mouvements et entraînant une sédentarité obligée très importante, avec comme conséquence un déconditionnement musculaire total. L'intéressée se déplaçait en outre avec beaucoup de difficulté, l'obésité et le déconditionnement étant aggravés par les vives douleurs déclenchées au niveau de tout le rachis et de toutes les grosses articulations portantes. A cela s'ajoutait un profond état dépressif ainsi qu'une intolérance au glucose. Au regard de ces éléments, le Dr U.\_\_\_\_\_ a estimé que l'octroi d'une rente AI d'au moins 80% était justifié.

En date du 25 juillet 2011, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de répondre aux questions de cet office, n'ayant vu l'assurée qu'une seule fois le 29 mars 2011 et lui ayant fait savoir qu'il n'entendait pas entrer en matière « *pour des raisons de langue* ».

Par rapport du 27 octobre 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué avoir examiné l'assurée les 26 septembre et 17 octobre précédents, l'un des enfants de cette dernière officiant en tant que traducteur. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, sévère, sans symptôme

psychotique (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1), d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4), d'obésité morbide et de trouble de l'adaptation (F43.2). Considérant que la situation était grave tant du point de vue psychique que physique, le Dr I. \_\_\_\_\_ a estimé que l'intégration de la patiente dans un circuit économique habituel ne paraissait guère possible, même à temps partiel. Il a préconisé, en cas de doute, un complément d'investigation auprès d'un confrère albanophone.

Dans un rapport complémentaire du 16 novembre 2011, le Dr I. \_\_\_\_\_ a évoqué des limitations sous forme d'inhibition, d'apragmatisme, de ralentissement psychomoteur et d'état anxieux chronique. Selon ce médecin, ces empêchements ménagers pouvaient être estimés entre 70 et 80%.

Le 27 février 2012, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique effectué par le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, avec l'assistance d'un traducteur de langue albanaise. Dans son rapport du 26 mars suivant, ce médecin a exposé notamment ce qui suit :

#### **"ANAMNÈSE**

[...]

#### **Anamnèse professionnelle**

L'assurée n'a pas été scolarisée, elle n'a pas de formation professionnelle, elle n'a jamais exercé d'activité lucrative.

[...]

#### **STATUS PSYCHIATRIQUE**

L'assurée est venue en automobile, accompagnée de sa fille et de son fils. Elle est ponctuelle. Il s'agit d'une femme obèse, coiffée d'un foulard noir. Elle ne parle pas le français, l'entretien a lieu avec l'aide d'un interprète. La présentation de l'assurée est correcte, son hygiène est bonne. L'assurée est sérieuse, attentive, collaborante. L'examen ne met pas en évidence de troubles de l'orientation, de la concentration et de l'attention. L'assurée a quelques difficultés avec les dates de naissance des membres de sa famille. Par moments, l'assurée est souriante, en particulier lorsque l'examineur lui demande si elle consomme des drogues. Son discours est cohérent.

Elle ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de perte des associations, pas de fuite des idées, pas de digressions. Le contenu de la pensée n'est pas perturbé. La thymie est neutre, l'assurée n'est pas triste, elle ne présente pas de pleurs sans motif, elle n'exprime pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. La sphère émotionnelle n'est pas perturbée. L'assurée ne signale pas de diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables. Elle parle d'une fatigue constante liée à ses problèmes physiques. Elle ne mentionne pas de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi. Elle n'exprime aucune idée de dévalorisation ou de culpabilité. Elle ne présente pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Elle ne présente pas de manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables. Pas de réveil matinal précoce 2 heures avant l'heure habituelle. Pas de dépression plus marquée le matin. Discret ralentissement psychomoteur. Pas de perte marquée de l'appétit, pas de perte de poids d'au moins 5 % au cours du dernier mois. Le sommeil est perturbé par les douleurs physiques, mais pas toutes les nuits. Pas d'anxiété, pas d'angoisse, pas d'attaque de panique, pas de trouble phobique ou obsessionnel observable. Pas de signes de la série psychotique, pas d'idées délirantes, pas d'idées de persécution, pas d'attitude évocatrice de phénomènes hallucinatoires.

#### **DIAGNOSTICS**

##### ***- avec répercussion durable sur la capacité de travail***

- **AU POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE, AUCUN.**

##### ***- sans répercussion sur la capacité de travail***

- **Z72.0 UTILISATION DE TABAC**
- **Z72.3 MANQUE D'EXERCICE PHYSIQUE**
- **Z73.4 COMPÉTENCES SOCIALES INADÉQUATES, NON-CLASSÉES AILLEURS**

#### **APPRÉCIATION DU CAS**

Le dossier médical de cette assurée contient un rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ daté du 25.07.2011, dans lequel le spécialiste ne peut ni ne souhaite se prononcer, car il n'a vu l'assurée qu'une fois, le 29.03.2011, et pour des raisons de langue.

Le dossier contient également 2 rapports du Dr I.\_\_\_\_\_ du 27.10.2011 et du 16.11.2011, dans lesquels il pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent d'intensité sévère sans symptôme psychotique F33.2, d'anxiété généralisée F41.1, d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques F50.4, d'obésité morbide, de trouble de l'adaptation F43.2. Ces diagnostics ne sont pas étayés par un status psychiatrique. Le spécialiste souligne que les entretiens n'ont pu se dérouler qu'en présence d'un membre de la famille de l'assurée, pour des raisons linguistiques. Il considère que ses investigations ont été forcément limitées en raison d'une difficulté de communication. Il estime souhaitable de trouver un collègue albanophone, susceptible de compléter son investigation.

Son rapport ne contient pas de status psychique et ne mentionne aucun traitement.

Selon l'anamnèse recueillie ce jour, l'assurée est venue en Suisse en 1991. Elle ne signale aucun antécédent psychiatrique familial ni personnel. 3 ans après son arrivée en Suisse, en 1994, elle a présenté des difficultés physiques en relation avec une hypertension artérielle. Elle signale un suivi psychiatrique en raison d'une nervosité en relation avec des douleurs physiques. Depuis 1 an environ, elle dit prendre une médication psychotrope qui a un effet positif sur ses douleurs somatiques au niveau des membres supérieurs. Elle se dit fatiguée et nerveuse à cause de ces douleurs. Ces douleurs sont fluctuantes; lorsqu'elles disparaissent, l'assurée sent qu'elle a plus de force. Ces douleurs sont apparues progressivement depuis une dizaine d'années. Une infiltration au niveau des mains a eu un effet favorable temporaire. Sur le plan psychique, au moment de l'examen clinique du SMR, l'assurée déclare que « ça va ». Elle se dit perturbée psychiquement par ses douleurs physiques, lorsqu'elles sont présentes.

Soigneusement questionnée avec l'assistance d'un interprète, l'assurée ne décrit aucun symptôme de trouble dépressif, d'anxiété ou d'autres perturbations psychiatriques.

Son humeur est stable durant tout l'examen du SMR, l'assurée est souriante par moments. Elle est attentive, concentrée, collaborante et répond volontiers à toutes les questions. L'examen clinique du SMR ne permet pas de mettre en évidence de perturbations psychiatriques.

Sur le plan psychiatrique les éléments du dossier, l'anamnèse et l'examen clinique ne mettent en évidence aucune pathologie."

Aux termes d'un avis médical du 5 avril 2012, le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, a repris les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_.

Par décision du 14 septembre 2012, l'OAI a confirmé son projet du 12 janvier 2011.

**B.** Le 15 octobre 2012, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A cette occasion, elle a en particulier produit un rapport du 24 septembre 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, faisant état de polyarthrose, d'obésité morbide, ainsi que d'une personnalité dépressive avec aboulie majeure, et estimant que l'exercice d'une activité professionnelle était impossible dans ces conditions.

Relevant dans un avis du 28 novembre 2012 que les atteintes somatiques évoquées par le Dr M. \_\_\_\_\_ étaient déjà connues mais n'avaient jusqu'alors justifié que des incapacités de travail de courte durée, le Dr T. \_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que, dans ce contexte et en l'absence d'avis spécialisé, il y avait lieu de compléter l'instruction par une expertise rhumatologique - position à laquelle l'OAI s'est rallié le 3 décembre 2012.

Statuant le 19 mars 2013 (AI 244/12 - 62/2013), la Cour des assurances sociales a admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 et renvoyé la cause à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical. Dans son arrêt, la juridiction cantonale a constaté que l'OAI convenait de la nécessité de mettre en œuvre une expertise rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, elle a retenu que le rapport d'examen clinique du Dr S. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2012 était pleinement probant et l'emportait notamment sur l'appréciation du Dr I. \_\_\_\_\_. Elle a par ailleurs observé que c'était à juste titre que l'OAI avait retenu un statut de 100% ménagère mais que la décision incriminée comportait une erreur dans la synthèse des conclusions de l'enquête économique sur le ménage : il y était en effet retenu que toutes les tâches ménagères étaient assumées par des tiers sans lien avec les troubles de santé de l'assurée, alors même que le rapport d'enquête mentionnait que cette aide était apportée en partie en raison de l'invalidité de l'intéressée. Cela étant, il y avait donc lieu de renvoyer le dossier à l'OAI pour un réexamen de l'impact des atteintes somatiques de l'assurée sur sa capacité à mener à bien ses activités ménagères.

**C.** Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, médecine interne et médecine du sport. Se fondant sur l'étude du dossier transmis par l'office, un examen clinique réalisé le 25 septembre 2013 et les clichés radiologiques de l'assurée, l'expert a notamment fait part de ce qui suit dans son rapport du 27 septembre 2013 :

## **"4. DIAGNOSTICS**

### **4.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :**

- Cervico-brachialgies droites chroniques**
- Lombalgies chroniques**
- Troubles dégénératifs du rachis**

### **4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :**

- Douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette**

## **5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC**

Mme K. \_\_\_\_\_ est une assurée de 51 ans, née au Kosovo, en Suisse depuis 1991, mère de 7 enfants s'étalant entre 1978 et 1990, au statut de mère au foyer, n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle quelconque.

Elle annonce depuis environ une quinzaine d'années des douleurs cervicales comme du membre supérieur droit dans sa globalité, algies accompagnées d'une diminution de la sensibilité, d'une fatigabilité, symptômes qui n'ont eu de cesse de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence jusqu'au jour de l'expertise. Elle précise avoir bénéficié à l'époque d'une infiltration rachidienne la laissant asymptomatique durant pratiquement 1 année. Elle fait aussi allégation de rachialgies intéressant principalement le bas du dos, se prolongeant de manière intermittente d'irradiations douloureuses intéressant les membres inférieurs, lombalgies qui n'ont eu de cesse de s'aggraver tant en intensité qu'en fréquence jusqu'au jour de l'expertise. A ses symptômes rachidiens et du membre supérieur droit, se rajoutent des douleurs fluctuantes et migrantes de la musculature et de son squelette, algies intéressant les grosses comme les petites articulations périphériques et la musculature s'y rattachant.

L'examen clinique de ce jour reste principalement marqué [par] l'obésité morbide de l'assurée avec un BMI à 54 et ses conséquences, assurée entravée dans ses déplacements, dans ses mobilisations comme pour l'habillage et le déshabillage par son embonpoint. Il n'y a pas d'altération manifeste de la mobilité cervicale ni tronculaire, assurée rapportant des douleurs du bas de la nuque et du bas du dos en fin de mobilisation. La palpation segmentaire retrouve des douleurs mal systématisées, médianes, paramédianes bilatérales de pratiquement tout le rachis cervico-dorso-lombaire et des masses musculaires s'y rattachant, sans contracture musculaire concordante significative. Il n'y a pas d'altération de la mobilité des grosses comme des petites articulations périphériques, il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force ni trouble de la sensibilité.

Les examens radiologiques vérifient des troubles dégénératifs cervico-dorso-lombaires modérés, s'accompagnant de discopathies protrusives discrètes pour ce qui est du rachis cervical, retrouvant un antélisthésis de grade II de L5 sur S1 et composante arthrosique

postérieur de ce même niveau sur des clichés réalisés en 2010, radiographies de ce jour vérifient les troubles dégénératifs et ostéophytaires déjà vérifiés sur les clichés pratiqués en 2010 pour ce qui est du rachis cervical sans modification significative, retrouvant la diminution de l'espace de L5 sur S1 et l'antélisthésis de grade II localisé, se rajoutant une arthrose postérieure de ce niveau.

Par ailleurs, ni l'examen clinique ni les examens complémentaires ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes allégués par l'assurée, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement, examen clinique marqué par 14 sur 18 points de fibromyalgie auxquels se rajoutent des signes de surcharge comportementaux et des points de contrôles positifs évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié, l'expert n'ayant pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs alléguées par l'assurée.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est de 80% dans une activité légère excluant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout aux heures.

Dans les activités ménagères, l'expert retient une capacité de 60% en regard des tâches assumées pouvant impliquer le rachis tel la préparation des repas, l'entretien de la cuisine comme du logement, la réalisation des courses, la lessive et l'entretien des vêtements, tâches impliquant régulièrement le rachis.

L'expert précise que la diminution de rendement est intégré[e] à l'une et l'autre de ces capacités de travail retenue, liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaires.

Du point de vue thérapeutique, l'expert propose des antalgiques à la demande au-delà d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et les raidissements articulaires, au-delà d'un médicament antidépresseur sélectif reconnu pour augmenter le seuil de tolérance à la douleur dans les symptômes chroniques.

## **B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### ***1. Limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés.***

Du point de vue qualitatif, l'assurée présente des limitations fonctionnelles comportant les travaux lourds, s'agissant d'une activité légère excluant les ports de charges au-delà de 5kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail autorisant l'alternance de position assise et debout aux heures.

Du point de vue quantitatif, la capacité de travail de l'assurée est de 80% d'une activité adaptée et de 60% dans le cadre des activités ménagères en regard des contraintes rachidiennes justifiées par les tâches ménagères, étant intégrée à l'une et l'autre de ces appréciations de capacité de travail une diminution de rendement qui reste liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et la prise éventuelle de pauses supplémentaire.

**2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici :**

**2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

L'assurée n'exerce aucune activité professionnelle quelconque.

**2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?**

Cf. 1.

**2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?**

L'assurée n'exerce pas d'activité professionnelle.

**2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

La capacité de travail de 80% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et de 60% pour les activités ménagères, intègre la diminution de rendement.

**2.5 Depuis quand au point de vue médical y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

L'expert retient le 17 février 2010, date de la réalisation du bilan radiologique rachidien dorso-lombaire.

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

Il n'y a pas d'évolution.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?**

Des mesures de réadaptation semblent illusoire[s] chez une assurée ne se voyant plus exercer aucune activité professionnelle en raison de ses douleurs, élément subjectif ne pouvant être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail de l'assurée.

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

Non.

[...]

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré ?**

**3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Toutes les activités respectant les limitations fonctionnelles décrites.

**3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?**

80%.

**3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?**

La capacité de travail de 80% et de 60% intègre la diminution de rendement."

Par avis médical du 15 octobre 2013, le Dr T.\_\_\_\_\_ a repris les conclusions du Dr F.\_\_\_\_\_ tout en observant que l'estimation des empêchements ménagers devrait être confrontée à une enquête à domicile.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été mise en œuvre le 5 février 2014. Dans son rapport y relatif du 7 février 2014, l'enquêtrice de l'OAI a notamment relevé qu'aux dires de l'assurée et de l'une de ses filles présente lors de l'entretien, celle-là aurait travaillé à 30% en bonne santé dès la majorité de sa fille cadette, afin d'avoir des revenus supplémentaires et de sortir de chez elle. Aussi un statut de 30% active et 70% ménagère était-il proposé. Par ailleurs, l'enquêtrice a signalé des empêchements ménagers à hauteur de 23% pour la préparation des repas et l'entretien du logement, qui était majoritairement réalisé par une femme de ménage, étant précisé que ces empêchements tenaient compte du soutien exigible de la famille et de l'aide apportée par la femme de ménage.

Par envoi du 26 juin 2014, l'assurée a produit un rapport adressé le 23 juin 2014 au Dr F.\_\_\_\_\_ par le Dr M.\_\_\_\_\_, libellé comme suit :

"Monsieur et cher Confrère,

je me permets de vous faire parvenir l'ensemble des comorbidités de la patiente précitée, qui n'ont pas été mentionnées dans le rapport d'expertise du 27 septembre 2013. Sans doute avais-je oublié de les mentionner sur mon rapport de 2012. Je vous remercie de bien vouloir ré[é]valuer le taux d'incapacité de la patiente à la lumière de ces éléments.

En effet, en tenant compte de ces comorbidités très invalidantes, le taux d'invalidité de la patiente me semble être nettement plus important que si l'on considère seulement ses pathologies rhumatologiques. Dans son cas, et notamment en raison de l'obésité morbide et de l'insuffisance cardiaque, je suis sincèrement persuadé qu'aucune activité professionnelle ni ménagère ne peut être exigée de la patiente. Je suis par exemple obligé de la suivre à domicile, puisqu'elle n'arrive même pas à sortir de son domicile pour se rendre à mon cabinet. Chez elle, elle passe la plupart de son temps alitée, en raison de la dyspnée et de la limitation des amplitudes articulaires des hanches et des genoux.

L'obésité rend les mouvements du tronc très pénibles et déclenche une dyspnée au moindre effort, cette dyspnée étant péjorée par l'insuffisance cardiaque globale.

Le diabète s'est péjoré depuis 3 mois, avec démarrage d'injections de Victoza à dose maximale (1.8 ml par jour) pour maîtriser les hyperglycémies qui avaient atteint 28 mmol/l.

COMORBIDITES :

- Hernie hiatale avec sténose œsophagienne dilatée à 2 reprises
- S/P gastrite à HP éradiquée en avril 2011
- Obésité morbide (IMC = 57)
- Insuffisance cardiaque avec œdème pulmonaire aigu en juillet 2010
- HTA
- DNID
- Hypercholestérolémie
- Tabagisme actif évalué à 15 AP
- Personnalité dépressive"

Le 4 août 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un compte-rendu faisant part d'observations essentiellement superposables. Y étaient annexés divers documents, dont un rapport du 9 décembre 2010 du Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en cardiologie et médecine interne, signalant à titre de diagnostics des douleurs thoraciques atypiques dans un contexte polyalgique, un syndrome métabolique avec hypertension artérielle, obésité et dyslipidémie, ainsi qu'une décompensation cardiaque sur dysfonction diastolique en juillet 2010.

Par avis médical du 28 août 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_, du SMR, a retenu que les éléments mis en avant par le Dr M. \_\_\_\_\_ n'incitaient pas à modifier la position dudit service, puisque toutes les comorbidités mentionnées étaient antérieures à l'expertise et avaient été prises en considération par l'expert dans la mesure où elles auraient pu avoir une répercussion sur la capacité de travail.

En date du 7 mai 2015, 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 retenu que l'intéressée, qui devait être considérée comme active à 30% et ménagère à 70%, présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis février 2010, date marquant le début du délai d'attente d'une année prévu par la loi, et qu'à l'échéance de ce délai, la

capacité résiduelle de travail atteignait 80% dans une activité adaptée. Procédant au calcul de la perte économique sur la base des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), l'OAI a retenu que le revenu annuel sans invalidité s'élevait à 16'143 fr. 11 et que le revenu avec invalidité se chiffrait à 14'528 fr. 80, compte tenu notamment d'un abattement de 10% en lien avec les limitations fonctionnelles et l'âge de l'intéressée. La comparaison de ces montants mettait en évidence une perte économique 1'614 fr. 31 équivalant à une invalidité de 10%, soit un taux d'invalidité de 3% dans la part active (10 x 30%). Quant à l'invalidité dans les tâches ménagères, l'office l'a fixée à 16.1%, compte tenu des empêchements évalués à 23% par son enquêtrice (23 x 70%). Le degré d'invalidité global s'élevait ainsi à 19,1% et était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI.

Par acte de son conseil du 11 juin 2015, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet, contestant disposer d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée. Elle a en particulier fait valoir que, de l'avis de ses médecins traitants, dite capacité était nulle et que, n'étant dès lors pas en mesure de réaliser un quelconque gain, c'était bien un degré d'invalidité de 100% qui devait lui être reconnu.

Par décision du 2 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet du 7 mai précédent.

**D.** Agissant par l'entremise de son conseil, K.\_\_\_\_\_ a recouru le 14 septembre 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière – secondairement, d'un taux que justice dira – avec effet au 1<sup>er</sup> février 2010, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante conteste l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_, celui-ci n'ayant pas expliqué en quoi les avis des médecins traitants (en particulier les Drs U.\_\_\_\_\_, I.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_) devaient être écartés. Elle estime ainsi que, sur ce

plan, l'instruction n'est toujours pas suffisante. La recourante critique en outre la clé de répartition de 30% active et 70% ménagère retenue par l'OAI. Elle se réfère à ce propos au formulaire sur la détermination du statut précédemment rempli (formulaire 531bis) et considère qu'au vu de ses lacunes de français, on peut vraisemblablement retenir qu'elle a écrit « *l'inverse de la réponse à la question qui était posée, en pensant écrire que sans affection médicale, elle travaillerait à 100% dans une activité de ménagère combinée à une activité de femme de chambre* ». Sur le plan des mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire, l'audition de divers membres de sa famille en tant que témoins, ainsi que l'interpellation du Dr M.\_\_\_\_\_.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 29 octobre 2015. Sur le plan psychiatrique, l'OAI rappelle que le rapport d'examen clinique du Dr S.\_\_\_\_\_ s'est vu reconnaître valeur probante aux termes de l'arrêt cantonal du 29 mars 2013 et qu'aucun élément postérieur à cet arrêt - qui aurait par hypothèse été méconnu de la Cour à la date de son jugement - n'a été mis en exergue. L'office estime ainsi qu'il n'y a pas lieu de revenir sur cet aspect et qu'il doit donc être admis que la recourante ne présente pas de limitations relevant de la sphère psychiatrique. Sous l'angle somatique, l'intimé considère qu'il n'y a pas d'éléments objectivables que le Dr F.\_\_\_\_\_ aurait ignorés et que, en présence d'appréciations différentes d'un même état de fait, l'avis de l'expert doit l'emporter. Finalement, l'OAI relève que les données relatives au statut ont été réactualisées lors d'une enquête dont le rapport a été rendu le 7 février 2014 et qu'il ressort de ce document que, selon les propres dires de l'assurée, cette dernière aurait travaillé à un taux de 30% sans atteinte à la santé et une fois ses enfants autonomes, « *pour avoir des revenus supplémentaires et sortir de chez elle* ».

Répliquant le 20 novembre 2015, la recourante a maintenu ses précédents motifs et conclusions. Elle se réfère plus particulièrement à un rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29 mai 2015 ainsi qu'à diverses dépositions

émanant de membres de sa famille et de son voisinage - produits en annexe.

Du rapport précité du Dr W. \_\_\_\_\_, on extrait ce qui suit :

**"Diagnostics :**

- DRS atypiques
  - o Absence de lésion coronaire significative à la coronarographie de mars 2015
- Décompensation cardiaque modérée sur dysfonction diastolique en 2010
  - o Elévation de la PTDVG confirmée au cathétérisme cardiaque de mars 2015
- Syndrome métabolique avec :
  - o HTA
  - o Obésité morbide
  - o Dyslipidémie
- Tabagisme actif
- Hernie hiatale
- Dermo-hypodermite du MIG en avril 2015.

[...]

**Evaluation actuelle**

Lors de mon contrôle de février 2015 nous avons [réd. : convenu] avec la fille de Mme K. \_\_\_\_\_ de procéder à une coronarographie chez cette patiente à très haut risque cardio-vasculaire se plaignant de DRS itératives. Cet examen réalisé au Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_ le 19 mars 2015 a montré une sclérose coronaire sans sténose significative, et confirmé une élévation des pressions de remplissage ventriculaires gauches possiblement à l'origine de la décompensation cardiaque de 2010.

Lors de mon contrôle du 20 mai 2015 Mme K. \_\_\_\_\_ se porte plutôt bien et me rapporte des palpitations occasionnelles rapides. Nous avons donc réalisé un enregistrement Holter de 48 heures qui se révèle dans les limites de la norme.

**Mes propositions**

Il s'agit donc de maintenir un contrôle strict des FRCV de Mme K. \_\_\_\_\_ en poursuivant notamment sur le long terme Aspirine Cardio et statines."

Dupliquant le 15 décembre 2015, l'intimé considère qu'il y a lieu de relativiser la portée des dépositions écrites produites par la recourante. Il se réfère pour le surplus à un avis émis le 2 décembre 2015 par les Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, du SMR, ayant la teneur suivante :

"L'assuré a fait recours devant le TA le 30[recte : 14].09.2015 contre notre décision du 02.07.2015. Cette décision se fonde

principalement sur l'expertise réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_ du 27.09.2013.

Dans ce contexte vous [nous] demandez de [nous] exprimer sur le rapport médical du Dr W.\_\_\_\_\_ du 29.05.2015. Il est difficile d'être affirmatif sur ce point le Dr W.\_\_\_\_\_ étant cardiologue et notre expertise ne comportant pas de volet cardiologique spécifique mais seulement un de médecine interne. Nous devons donc admettre à cet égard qu'une instruction cardiologique stricto sensu n'a pas été conduite, ce qui ne veut pas dire qu'elle s'imposait ou que nos conclusions auraient été différentes. En effet nous notons que le cardiologue, au vu des diagnostics mentionnés, ne retient pas l'insuffisance cardiaque mentionnée par le médecin traitant mais seulement une décompensation cardiaque modérée sur dysfonction diastolique en 2010. Il mentionne des douleurs rétro sternales atypiques mais avec une absence de lésion coronaire à la coronarographie de mars 2015. A cet égard l'interprétation de la coronarographie par le cardiologue nous suffit sans besoin du rapport complet. Ces douleurs se traduisent dans l'expertise par une « *sensation de sentir battre son cœur très fort* ». De leur côté les palpitations mentionnées par l'assuré ont été explorées par un Holter de 48h qui s'est révélé dans les limites de la norme. D'une façon générale le cardiologue considère que sa patiente se porte plutôt bien. Il n'y a donc pas dans ce rapport médical d'éléments nouveaux mettant en évidence qu'une activité adaptée légère serait impossible du fait d'une pathologie cardiaque. Pour rappel l'activité adaptée retenue par les experts pour une CT de 80% était une activité légère et les limitations excluaient les travaux lourds et le port de charge de plus de 5 kgs, ce qui, hormis les raisons orthopédiques, correspond aussi à une limitation de la sollicitation cardiaque.

Considérant le résultat des examens cardiologiques spécifiques réalisés (coronarographie et holter) et plus globalement le contenu du courrier du Dr W.\_\_\_\_\_, nous pouvons estimer selon la vraisemblance médicale prépondérante qu'il n'existe pas de nouvelle limitation fonctionnelle en lien avec une pathologie cardiaque spécifique qui n'aurait pas été considérée. Toutefois il aurait fallu interroger le cardiologue pour pouvoir affirmer une CT dans une activité adaptée au seul plan cardiologique car nous devons admettre que le Dr W.\_\_\_\_\_ retient des facteurs de risque cardio-vasculaire et ne s'exprime pas dans son courrier du 29.05.2015 sur les limitations et sur la CT de l'assuré."

Par écriture du 25 janvier 2016, la recourante estime que, compte tenu des doutes exprimés par l'intimé, il y aurait lieu d'auditionner les auteurs des dépositions écrites produites en procédure. Elle déclare par ailleurs souscrire à l'interpellation du Dr W.\_\_\_\_\_ quant à ses éventuelles limitations fonctionnelles d'origine cardiologique.

## **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 litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

**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 (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 se définit 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)** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (cf. 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 *in fine* et la référence citée).

**4. a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

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. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports

médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

**5.** C'est ici le lieu de rappeler que d'après un principe général applicable dans la procédure administrative, lorsqu'une autorité de recours statue par une décision de renvoi, l'autorité à laquelle la cause est renvoyée, de même que celle qui a rendu la décision sur recours sont tenues de se conformer aux instructions du jugement de renvoi. Ainsi, l'autorité inférieure doit fonder sa nouvelle décision sur les considérants de droit du jugement de renvoi. L'autorité inférieure voit alors sa latitude de jugement limitée par les motifs du jugement de renvoi, en ce sens qu'elle est liée par ce qui a été déjà définitivement tranché par l'autorité de recours, laquelle ne saurait, de son côté, revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (cf. TF 9C\_457/2013 précité loc. cit. et 9C\_340/2013 du 25 juin 2013 consid. 3.1, avec les références citées).

**6.** Il est constant que la décision de refus de prestations rendue le 14 septembre 2012 par l'OAI a été annulée par la Cour de céans le 19 mars 2013 (AI 244/12 - 62/2013), avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique.

Après avoir repris l'instruction de l'affaire, l'OAI a maintenu son refus de prester par décision du 2 juillet 2015, objet de la présente contestation. Il s'est en particulier fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du 27 septembre 2013 du Dr F. \_\_\_\_\_ pour retenir que l'assurée disposait d'une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (d'une capacité de 60% dans le cadre des activités ménagères). C'est sur cette base que l'intimé a nié le droit à la rente d'invalidité.

La recourante, de son côté, a contesté le positionnement de l'OAI en se prévalant de l'avis de ses médecins traitants, soit en particulier les Drs U. \_\_\_\_\_, I. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_.

**a)** Il convient en premier lieu de s'arrêter sur les atteintes somatiques de la recourante.

**aa)** A la suite de l'arrêt cantonal susdit du 19 mars 2013, l'assurée a fait l'objet d'investigations supplémentaires au niveau rhumatologique - aspect sur lequel aucun spécialiste ne s'était exprimé jusqu'alors (cf. avis médical SMR du Dr T. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2012).

Aux termes de son rapport d'expertise du 27 septembre 2013, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu des atteintes incapacitantes sous forme de cervico-brachialgies droites chroniques, de lombalgies chroniques et de troubles dégénératifs du rachis. Il a par ailleurs évoqué des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette, sans impact sur la capacité de travail. Cela étant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a considéré que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité légère excluant le port de charges de plus de 5 kg et les

mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, le travail, et permettant l'alternance des positions assise/debout une fois par heure. Dans les activités ménagères, l'expert a estimé que la capacité de l'intéressée était de 60% en regard des tâches assumées pouvant impliquer le rachis (cf. rapport d'expertise du 27 septembre 2013 pp 6 ss).

Il est vrai qu'aucun avis médical au dossier ne vient contredire l'appréciation de l'expert F.\_\_\_\_\_. Notamment, quoi qu'en dise la recourante, l'avis de ses médecins généralistes traitants successifs (Drs U.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_) ou de son psychiatre le Dr I.\_\_\_\_\_ ne contiennent aucun élément déterminant du point de vue strictement rhumatologique. Plus particulièrement, dans ses prises de position ultérieures à l'expertise (des 23 juin et 4 août 2014), le Dr M.\_\_\_\_\_ s'est contenté d'insister sur les comorbidités de l'assurée se surajoutant à la problématique rhumatologique.

Pour autant, l'évaluation de l'expert F.\_\_\_\_\_ peine à convaincre. De fait, ce dernier a souligné que l'examen clinique restait principalement marqué par l'obésité morbide de la recourante (avec un IMC à 54) et ses conséquences, l'embonpoint constituant une entrave pour les déplacements et les mobilisations comme pour l'habillage et le déshabillage. On pouvait dès lors s'attendre à ce que ce paramètre soit englobé dans le raisonnement médical de l'expert. La jurisprudence considère en effet que l'obésité n'est pas en soi constitutive d'invalidité mais que celle-ci doit toutefois être admise si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (cf. TF 9C\_48/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.3 et 9C\_931/2008 du 8 mai 2009 consid. 4.1 ; cf. TFA I 583/82 du 17 octobre 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 359). Au cas d'espèce, du moment que les résultats de l'examen clinique rhumatologique étaient influencés - « *principalement* » aux dires de l'expert - par le surpoids de l'assurée, il s'imposait en conséquence de déterminer plus spécifiquement l'amplitude de cette interaction, notamment quant au rôle de l'obésité dans

l'apparition des troubles rhumatologiques constatés, et, surtout, d'examiner dans quelle mesure il y avait lieu d'exiger de l'intéressée un effort en vue d'une réduction de l'excédent de poids - étant noté qu'au cours des dernières années, la tendance est allée à une augmentation constante de l'IMC de l'assurée (IMC de 45 en 2011 [cf. rapport du Dr U. \_\_\_\_\_ du 9 mai 2011], de 54 en 2013 [cf. rapport d'expertise rhumatologique de Dr F. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2013] et de 57 en 2014 [cf. rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ des 23 juin et 4 août 2014]) - et, corollairement, d'une amélioration de l'aptitude résiduelle à exécuter une activité lucrative et/ou des travaux ménagers. Cette problématique ayant été négligée, les conclusions de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ doivent donc être considérées comme incomplètes.

**bb)** L'instruction s'avère également insatisfaisante sur le plan cardiologique.

Sur ce point, on relèvera que dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 10 décembre 2010 (p. 1), il était fait mention de troubles cardiologiques nécessitant un suivi auprès du Dr W. \_\_\_\_\_ depuis deux ans et ayant conduit à une hospitalisation en juillet 2010. Dans ses comptes-rendus des 23 juin et 4 août 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, signalé une insuffisance cardiaque chez l'assurée, annexant en outre à son rapport du 4 août 2014 diverses pièces médicales montrant en particulier que l'intéressée avait été victime d'une décompensation cardiaque sur dysfonction diastolique en juillet 2010 (cf. rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2010 p. 1). L'intimé a néanmoins statué le 2 juillet 2015 sans avoir investigué cet aspect. En procédure judiciaire, à la suite d'un rapport du Dr W. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2015 évoquant notamment une patiente à très haut risque cardio-vasculaire avec des douleurs itératives et signalant des pressions de remplissage ventriculaires gauches possiblement à l'origine de la décompensation cardiaque de 2010, le SMR (et corrélativement l'OAI) a concédé qu'il y avait lieu d'obtenir des informations complémentaires quant à d'éventuelles limitations d'origine cardiologique, le Dr W. \_\_\_\_\_ étant demeuré silencieux à ce propos dans son rapport précité (cf. avis médical

SMR des Drs Q.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du 2 décembre 2015 et duplique de l'OAI du 15 décembre 2015 p. 1). Cet aspect reste donc à élucider.

Au demeurant, comme pour les atteintes rhumatologiques de l'assurée (cf. consid. 6a/aa supra), force est de constater qu'aucun avis médical ne s'est jusqu'ici penché sur l'interaction entre les troubles cardiologiques et le problème de surpoids de l'intéressée.

**cc)** De ce qui précède, il résulte que des investigations complémentaires s'imposent au niveau somatique.

**b)** Au niveau psychique, il est constant qu'aux termes de son arrêt du 19 mars 2013, la Cour de céans a reconnu valeur probante au rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr S.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2012 qui concluait à l'absence de toute atteinte psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail. Cet arrêt n'ayant pas été contesté et étant ainsi entré en force, la Cour ne saurait, en principe, revenir sur sa position dans le cadre de la présente procédure judiciaire (cf. consid. 5 supra).

Néanmoins, il appert que les mesures d'instruction entreprises par l'OAI à la suite de l'arrêt de renvoi susmentionné ont mis en lumière des éléments nouveaux, qui ne ressortait jusqu'alors pas du dossier. Plus précisément, c'est pour la première fois dans le cadre de l'expertise rhumatologique menée par le Dr F.\_\_\_\_\_ qu'ont été mentionnés des indices suggérant une fibromyalgie. Dans son rapport, l'expert a en effet signalé que ni l'examen clinique, ni les examens complémentaires ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes allégués par l'assurée, leur localisation, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement. Soulignant que l'examen clinique était marqué par 14 sur 18 points de fibromyalgie auxquels se rajoutaient des signes de surcharge comportementaux et des points de contrôles positifs évocateurs d'un syndrome douloureux chronifié, l'expert a ajouté ne pas avoir pas d'explication organique quant à la globalité des douleurs alléguées par l'assurée (cf. rapport d'expertise du 27 septembre 2013 p. 7). Or, cette problématique n'a à ce jour pas été davantage approfondie.

Au regard de telles circonstances, on ne saurait donc s'en tenir à l'appréciation fournie en 2012 par le Dr S.\_\_\_\_\_, les nouveaux éléments mis en exergue en 2013 par le Dr F.\_\_\_\_\_ méritant de faire l'objet d'investigations plus poussées, afin que la question d'une éventuelle atteinte fibromyalgique incapacitante puisse être examinée à l'aune des critères jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 spéc. consid. 2, 4 et 6).

**c)** Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause demeure lacunaire sur le plan médical. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est toujours pas en mesure de trancher le point de savoir si la recourante présente ou non une atteinte à la santé se répercutant négativement sur sa capacité de travail ou son aptitude à accomplir des travaux ménagers.

**7.** Les parties s'opposent par ailleurs quant au statut de l'assurée.

**a)** A ce propos, force est de rappeler qu'aux termes de son arrêt du 19 mars 2013 (AI 244/12 - 62/2013), la Cour de céans s'est prononcée sur la question. Ainsi, observant que l'intéressée critiquait le statut de 100% ménagère retenu par l'OAI, la juridiction cantonale a constaté que la recourante avait dans un premier temps déclaré qu'en bonne santé elle ne travaillerait pas mais s'occuperait essentiellement de son ménage (cf. formulaire 531bis complété le 1<sup>er</sup> mai 2010) pour ensuite affirmer que, bien portante, elle travaillerait à 100% en tant que mère au foyer et femme de chambre (cf. écriture du 9 avril 2011). Cela étant, la Cour s'est fondée sur les premières déclarations de l'assurée - auxquelles, selon la jurisprudence, il convient d'accorder la préférence en présence de versions différentes et contradictoires (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C\_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3 et 8C\_492/2014 du 8 septembre 2015 consid. 3.3). Dans son arrêt, le Tribunal a également souligné que les premières déclarations de l'assurée (à savoir qu'elle

n'aurait pas travaillée même en bonne santé) étaient corroborées par le fait que l'intéressée n'avait présenté que deux périodes d'incapacité de travail depuis 1997, d'un mois chacune. Quant aux déclarations postérieures, elles étaient contradictoires en elles-mêmes, puisqu'allant dans le sens d'une activité à plein temps simultanément comme mère au foyer et femme de chambre. La juridiction cantonale s'est dès lors ralliée au statut de 100% ménagère retenu par l'OAI - statut résultant également du rapport d'enquête ménagère du 10 décembre 2010 (p. 3).

L'arrêt cantonal étant entré en force, l'office intimé n'avait donc pas à revenir sur les points tranchés à cette occasion par la juridiction de céans (cf. consid. 5 supra), y compris concernant la question du statut de la recourante.

**b) Tel n'a toutefois pas été le cas.**

En effet, dans le cadre de la procédure subséquente, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage, à la suite d'un avis du Dr T.\_\_\_\_\_ observant que l'estimation des empêchements ménagers effectuée par le Dr F.\_\_\_\_\_ devrait être confrontée à une enquête à domicile (cf. avis médical SMR du 15 octobre 2013). Dans ce contexte, l'enquêtrice s'est certes prononcée sur les empêchements de l'assurée dans la tenue de son ménage, mais ses constatations ont toutefois été reprises sans avoir été préalablement mises en perspective avec celles du Dr F.\_\_\_\_\_, comme préconisé par le SMR. Bien plus, l'enquêtrice est revenue sur la problématique liée à la détermination du statut, proposant une part active de 30% et une part ménagère de 70% sur la base des déclarations de la recourante et de sa fille (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014). Ce faisant, elle a clairement dépassé le cadre du mandat initialement défini par le SMR, qui ne portait que sur les empêchements ménagers et non sur la question du statut, déjà tranchée. L'OAI s'est malgré tout fondé sur cette nouvelle clé de répartition (cf. décision du 2 juillet 2015 p. 1), revenant ainsi sur les considérants de l'arrêt cantonal du 19 mars 2013, entré en force - ce qui n'est en principe pas admissible (cf. consid. 5 supra).

Rien au dossier ne permet de justifier un tel revirement. En particulier, contrairement à la thèse défendue par l'office, la seconde enquête ménagère n'a apporté aucune réactualisation des données relatives au statut (cf. réponse du 29 octobre 2015 p. 2), mais a simplement fourni à la recourante l'occasion de modifier une nouvelle fois ses déclarations sur le sujet, en ce sens qu'elle aurait travaillé à 30% en bonne santé une fois ses enfants autonomes (cf. rapport d'enquête du 7 février 2014 p. 3). Elle est du reste encore revenue sur ses dires dans le cadre de la présente procédure judiciaire, en alléguant que, bien portante, elle aurait vraisemblablement « *travaill[é] à 100% dans une activité de ménagère combinée à une activité de femme de chambre* (cf. mémoire de recours du 14 septembre 2015 p. 5). Au regard de l'inconstance dont l'assurée a fait preuve sur ce point et à la lumière de la jurisprudence dite des premières déclarations évoquée plus haut (cf. consid. 7a supra), la Cour de céans ne voit, en définitive, aucune raison pertinente de revenir sur le statut de 100% ménagère tel qu'entériné par l'arrêt du 19 mars 2013. C'est dès lors à l'aune de ce statut qu'il convient d'appréhender la situation de la recourante.

Par surabondance, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, on relèvera que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée - notamment - au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C\_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1), étant précisé que l'enquête ménagère permet non seulement d'estimer les empêchements dus à des troubles physiques mais également à des troubles psychiques (cf. TF 9C\_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigations s'imposent sur les plans somatique et psychique (cf. consid. 6 supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée aux rapports d'enquête domiciliaire aux

dossiers en tant qu'ils procèdent à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire.

**8.** Au final, il appert que la Cour de céans ne dispose pas d'informations médicales suffisantes pour pouvoir trancher le litige en toute connaissance de cause.

**a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il apparaît que l'OAI a statué sur la base d'un dossier médical lacunaire, se fondant sur des données incomplètes aux niveaux physique et psychique. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son

état de santé sur sa capacité de travail n'ont été établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (axée sur les plans rhumatologique et cardiologique [avec prise en considération de la problématique liée à la surcharge pondérale], ainsi que psychiatrique) au sens de l'art. 44 LPGA, puis qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer les éventuels empêchements de la recourante dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

**c)** Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner plus avant l'argumentaire de la recourante. De même, il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par celle-ci.

**9. a)** En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 2 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christian Favre (pour K. \_\_\_\_\_),
- 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 :