

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2019

Composition : M. NEU, président

Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est mariée et mère de deux enfants. Entrée en Suisse en 1992, elle a exercé l'activité d'employée de maison à 90 %.

Atteinte dans sa santé, elle a été en incapacité de travail dès avril 2008 et a formulé 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) le 31 décembre 2008.

L'OAI a notamment sollicité des rapports médicaux auprès de la Dre D._____, médecin généraliste traitante de l'assurée, et auprès du Département de l'appareil locomoteur (DAL) du Centre C._____, lesquels ont évoqué les diagnostics d'une « spondylarthrite ankylosante » et d'un « état dépressif réactionnel » depuis 2008 influant sur la capacité de travail (cf. rapports du DAL du Centre C._____ des 23 janvier 2009 et 1^{er} octobre 2009 et rapport de la Dre D._____ du 1^{er} avril 2009). Un rapport de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) [...], daté du 12 juillet 2010, a fait part des diagnostics de « troubles douloureux persistants » et d'un « épisode dépressif léger à moyen » depuis avril 2008, l'assurée ayant été suivie par ce service depuis février 2009. La symptomatologie dépressive était en partie liée aux symptômes douloureux. L'assurée était au bénéfice d'un traitement antidépresseur prescrit par sa médecin traitante.

Après consultation du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, réalisée les 1^{er} et 2 mars 2011 au sein de la Clinique F._____ par les Drs H._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport correspondant, rédigé le 17 mars 2011, a retenu les diagnostics de « lombo-fessalgies et arthralgies dans le cadre

d'une possible spondylarthropathie » et d'un « épisode dépressif de degré léger à moyen » avec incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Le diagnostic de « fibromyalgie » était indiqué au titre des diagnostics sans influence sur dite capacité. Ce diagnostic pouvait s'accompagner d'un rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie, mais celui-ci était clairement au second plan sans critère de gravité objectif. Une incapacité de travail de 50 % était prise en compte dans l'activité habituelle de femme de ménage, tandis que l'assurée conservait une capacité de travail dans une activité adaptée légère, tout d'abord à 50 % pour atteindre 100 % après six mois, avec une baisse de rendement de 30 % en raison de la fatigabilité, de la lenteur et des difficultés d'apprentissage. La situation médicale n'était toutefois pas définitivement fixée et devait être réévaluée dans un délai de deux ans.

L'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée le 20 septembre 2011 et mis à jour un taux d'empêchement global de 18 %, compte tenu d'un statut de personne active à 90 % et ménagère à 10 %.

Des mesures d'observation professionnelle à un taux d'occupation de 50 % ont été diligentées par l'OAI dès le 23 janvier 2012, lesquelles ont toutefois été interrompues en raison de l'incapacité totale de travail de l'assurée prononcée dès le 9 février 2012 (cf. communication de l'OAI du 13 janvier 2012 et rapport du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 20 février 2012).

La Dre D._____ a communiqué un rapport médical actualisé à l'OAI le 19 mars 2012, relatant les diagnostics d'une « spondylarthrite indifférenciée depuis 2008 avec atteinte axiale et périphérique » et d'un « état dépressif modéré à sévère depuis 2008 ». Elle a précisé que la capacité de travail de sa patiente était restreinte à hauteur de 30 %, correspondant au maximum à 2 h 30 par jour, tandis que le rendement était réduit de 100 %. Elle mentionnait une nette aggravation des douleurs, de même que sur le plan psychiatrique. Etaient annexés les récents rapports médicaux du Service de rhumatologie du Centre

C._____, où était poursuivie la prise en charge thérapeutique de l'assurée.

Le 13 juin 2012, l'UPA [...] a adressé un rapport à l'OAI, faisant état d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique », d'un « trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et dépendants », d'une « spondylarthrite séronégative » et d'une « fibromyalgie ». La capacité de travail était recouverte à concurrence de 30-40 % depuis juin 2012. L'assurée avait été hospitalisée en 2011 et avait repris un suivi psychiatrique du fait d'idées suicidaires et d'une importante anxiété, en présence de « lourdes comorbidités somatiques ».

Vu ces éléments, l'OAI, sur avis du SMR, a décidé de faire réaliser de nouvelles expertises de l'assurée sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Les mandats ont été confiés aux Drs K._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communications du 4 décembre 2012. Ces derniers ont communiqué leurs rapports rédigés conjointement, respectivement les 7 et 11 février 2013. Le Dr K._____ a retenu, au titre de diagnostic incapacitant, celui d'un « syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec discopathie L5-S1 et suspicion de spondylarthropathie HLA-B27 ». Sans impact en termes de capacité de travail étaient mentionnés un « syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) avec diminution du seuil de tolérance à la douleur » et un « status post amygdalectomie pour angines à répétition en 2007 ». Quant au Dr L._____, il n'a fait état d'aucun diagnostic impactant la capacité de travail dans son domaine de compétence, relevant une « dysthymie » au titre de diagnostic sans incidence de ce point de vue. Globalement, l'assurée conservait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle de femme de ménage et de 100 % dans une activité adaptée essentiellement légère, ce depuis 2010.

Fondé sur ces documents, le SMR, sous la plume du Dr J._____, a considéré que l'incapacité de travail durable avait débuté le

1^{er} mai 2008 et que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50 % dans son activité usuelle et de 100 % dans une activité adaptée dès mars 2011 (cf. rapport du 13 mars 2013).

Après avoir mis à jour un préjudice économique de 23,63 % dans la sphère lucrative, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité global de 23 %, compte tenu du statut mixte de l'assurée. Celle-ci pouvait néanmoins prétendre une rente entière pour la période s'étendant du 1^{er} juin 2009 au 31 mai 2011, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail, vu un degré d'invalidité de 92 % déterminé pour cet intervalle.

En dépit des objections formulées par l'assurée au projet de décision en ce sens, daté du 25 juillet 2013, et des pièces médicales produites subséquemment suite à une hospitalisation au sein du Centre C. _____ en novembre et décembre 2013, l'OAI a rendu une décision le 25 avril 2014 allouant à l'assurée une rente entière, fondée sur un degré d'invalidité de 92 % du 1^{er} juin 2009 au 31 mai 2011. Cette prestation était supprimée dès le 1^{er} juin 2011 du fait d'un degré d'invalidité ramené à 23 %.

B. L'assurée a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 mai 2014, concluant à ce que son droit à une rente entière d'invalidité soit reconnu au-delà du 31 mai 2011, contestant en particulier le diagnostic de fibromyalgie évoqué dans son cas et l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Était produit un certificat de l'UPA [...] du 24 avril 2014 exposant que l'assurée présentait une dégradation de son état de santé psychique, en présence d'un « trouble dépressif récurrent » avec notamment des « idées suicidaires scénarisées ».

Considérant que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue entre février 2013 et octobre 2013, l'OAI, suite à un avis du SMR du 17 juillet 2014, a proposé

d'organiser une nouvelle expertise bisdisciplinaire de l'assurée aux termes de sa réponse au recours du 24 juillet 2014.

Statuant sur le recours, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rendu un arrêt le 2 octobre 2014 en la cause AI 107/14 - 247/2014, prononçant l'annulation de la décision du 25 avril 2014 et le renvoi de l'affaire à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision.

C. Reprenant l'instruction du dossier de l'assurée, l'OAI a délivré un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre M._____ par communication du 14 octobre 2015. L'assurée y a été examinée par les Drs R._____, spécialiste en médecine interne, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P._____, spécialiste en rhumatologie, les 16 et 18 novembre 2015. Le rapport d'expertise correspondant, rédigé le 26 février 2016, a retenu les diagnostics suivants :

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail :

- Syndrome lombosciatique chronique non déficitaire. Troubles dégénératifs lombaires, discopathies L4-L5.
- Suspicion de spondylarthropathie inflammatoire HLA-B27 négatif.

Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie.
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (depuis environ 2014, c'est-à-dire après six mois d'une intensité sévère).
- Cervicalgies chroniques communes.
- Discrets troubles statiques des pieds.
- Hypertension artérielle bien contrôlée.
- Troubles digestifs fonctionnels.
- Tabagisme.

Les experts ont conclu que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité légère adaptée depuis février 2013, voire au moins depuis mars 2011, sous réserve d'un épisode d'incapacité totale temporaire pour raisons psychiques d'octobre 2013 à mars 2014.

L'OAI a déterminé un préjudice économique de 29,1 % dans la sphère d'activité lucrative et repris le taux d'empêchement observé au cours de l'enquête ménagère conduite le 20 septembre 2011. Il a ainsi mis à jour un degré d'invalidité global de 28 % et établi un projet de décision le 7 juillet 2016. Rappelant avoir octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2009 au 31 mai 2011, il a envisagé d'allouer à l'assurée une rente entière du 1^{er} octobre 2013 au 30 juin 2014 limitativement, un degré d'invalidité de 28 % n'ouvrant plus droit à cette prestation dès le 1^{er} juillet 2014.

Une décision, reprenant les termes du projet précité, a été adressée à l'assurée le 16 janvier 2017.

D. L'assurée a déféré la décision du 16 janvier 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 15 février 2017, concluant à son annulation et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité sans limite temporelle dès le mois de juin 2009. Elle a suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale compte tenu de la détérioration alléguée de son état de santé depuis l'expertise réalisée au sein du Centre M._____. Elle a notamment indiqué souffrir d'importantes inflammations aux pieds, lesquels devaient faire l'objet d'une intervention chirurgicale, et d'une détérioration de sa santé psychique. Elle a contesté pour l'essentiel l'appréciation de sa capacité de travail, la valeur probante de l'expertise du Centre M._____ et rappelé les diagnostics posés dans son cas par les nombreux spécialistes consultés.

L'OAI a répondu au recours le 20 avril 2017 et proposé son rejet vu les pièces versées à son dossier.

Par correspondances des 12 mai 2017, 16 mai 2017, 18 mai 2017, 14 juillet 2017 et 29 septembre 2017, l'assurée a fait parvenir de nouvelles pièces médicales à la Cour de céans, à savoir des rapports de la Dre D._____ du 10 mai 2017 et du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, du 11 mai 2017, faisant état d'un névrome de Morton des

deux pieds, ainsi que des rapports établis par le Service de rhumatologie du Centre C._____ entre le 9 mars 2017 et le 19 septembre 2017, relatant que l'assurée souffrait de douleurs post-opératoires des pieds, de sensations de décharges électriques au niveau des mains avec suspicion de syndrome de tunnel carpien et de lombalgies.

L'OAI a relevé le 20 octobre 2017 que ces documents ne faisaient état d'aucun élément nouveau déterminant à la date de la décision litigieuse et persisté à conclure au rejet du recours.

Le 15 novembre 2017, l'assurée a réitéré sa suggestion de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire, se prévalant de rapports médicaux du Service de neurologie du Centre C._____ du 6 octobre 2017 et de la Dre D._____ du 14 novembre 2017, où cette praticienne soulignait une possible atteinte inflammatoire de la colonne vertébrale en cours d'investigation, l'aggravation des douleurs aux pieds et la chronicité de l'état dépressif avec des éléments paranoïdes.

Par détermination du 11 décembre 2017, l'OAI s'est référé à un avis du Dr J._____ du SMR du 1^{er} décembre 2017, lequel exposait qu'aucune aggravation durable et notable n'avait été démontrée à la date de la décision entreprise. L'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

Vu la poursuite de sa prise en charge au Centre C._____, l'assurée a une nouvelle fois conclu à la mise en œuvre d'une expertise par correspondance du 4 janvier 2018.

Par détermination du 5 septembre 2018, l'assurée a complété ses griefs à l'encontre de la décision du 16 janvier 2017, mettant en exergue les incertitudes quant aux diagnostics l'affectant, l'absence de traitement de ses douleurs, ses problèmes psychiques et les traitements pharmacologiques mis en œuvre, le défaut de soutien de l'OAI en vue de sa réintégration dans le monde du travail, ses doutes quant à sa capacité

d'exercer son activité habituelle ou toute autre activité adaptée compte tenu d'un rendement vraisemblablement diminué.

Le 1^{er} octobre 2018, l'assurée a formulé des observations complémentaires, en étayant les arguments invoqués le 5 septembre 2018.

L'OAI s'est exprimé le 22 octobre 2018, rappelant la teneur des rapports d'expertise versés à son dossier et soulignant l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée à plein temps déterminée par les experts médicaux. Il a à nouveau conclu au rejet du recours.

L'assurée a déposé une détermination le 3 décembre 2018 et a adressé à la Cour de céans un rapport du Service de rhumatologie du Centre C._____, daté du 19 novembre 2018, consulté notamment pour les paresthésies de la main gauche. Ce service a relevé l'absence d'arthrite, du HLA-B27 et de signe de spondylarthropathie. Excluant ces diagnostics, le Centre C._____ a ainsi finalement retenu un « syndrome douloureux chronique associé à des troubles thymiques ». Était également annexé à l'écriture de l'assurée un rapport de la Dre S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 21 novembre 2018, laquelle a attesté d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques », dans un contexte de « syndrome douloureux chronique sévère » sans amélioration, entravant l'assurée dans toutes les activités quotidiennes, de sorte que la capacité de travail de sa patiente était nulle.

Par écriture du 14 janvier 2019, l'OAI s'est référé à un avis du Dr J._____ du SMR du 9 janvier 2019, qui a observé l'absence d'élément nouveau à la date de la décision du 16 janvier 2017. L'OAI a ainsi réitéré ses conclusions.

Dans un courrier du 24 janvier 2019, complété le 24 février 2019, l'assurée a fait valoir que le dossier constitué par l'OAI dans son cas lui apparaissait incomplet, à l'inverse des éléments à disposition de la Dre S._____, lesquels attestaient de son suivi sur le plan psychiatrique

depuis la fin de l'année 2015 au moins. Était joint un nouveau document de cette dernière spécialiste, rédigé le 20 février 2019, où celle-ci soulignait un suivi assuré par l'UPA [...] entre 2012 et 2017 pour des épisodes dépressifs moyens à sévères, alors que l'assurée avait commis deux tentatives de suicide médicamenteux. A son avis, la situation était sévère et chronique à la date de la décision contestée. Un résumé de consultation de l'assurée au sein de l'UPA [...] le 18 octobre 2013, annexé au _____ courrier _____ de _____ la Dre S._____, relatait un « état dépressif récurrent en lien avec d'une part l'échéance d'un recours contre une décision de l'AI et d'autre part une augmentation de ses douleurs à l'arrivée du temps automnal ». Les diagnostics retenus étaient un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique » et une « suspicion de troubles mixtes de la personnalité (traits dépendants) ».

L'OAI a pour sa part rappelé le 18 mars 2019 que les éléments avancés par la Dre S._____ étaient connus des experts du Centre M._____ au moment de la rédaction de leur rapport d'expertise. Il suggérait donc le rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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 AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juin 2009 sans limite temporelle, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail à compter de mars 2011.

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

c) On ajoutera que dans la mesure où la décision litigieuse est intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2018, de la nouvelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il convient d'examiner la situation à la lumière des dispositions légales et réglementaires applicables jusqu'au 31 décembre 2017. Selon la jurisprudence, il y a lieu en effet d'appliquer, en

cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).

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

On précisera dès lors que l'état de fait juridiquement déterminant in casu doit être arrêté au 16 janvier 2017, date de la décision entreprise.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI. Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. 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 ; c'est la méthode

mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs : ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de plusieurs expertises pluridisciplinaires destinées fournir une évaluation globale de son état de santé.

a) En date du 17 mars 2011, les experts de la Clinique F._____ avaient motivé leur appréciation du cas de la recourante en ces termes :

« [...] **A l'étude du dossier**, on est frappé par le peu d'éléments objectifs en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et par la résistance du syndrome douloureux à tous les traitements rhumatologiques et anti-inflammatoires mais également à tous les traitements antalgiques proposés, y compris des opiacés [...].

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de 38 ans, en état général conservé, normotendue avec un excès pondéral. Il y a de discrets troubles statiques rachidiens avec un renversement postérieur du tronc accompagné d'un relâchement de la sangle abdominale. On note des mobilités rachidiennes légèrement limitées alors que l'examen des membres ne montre pas de signe inflammatoire ni de limitation des mobilités articulaires. On est frappé par des douleurs généralisées au niveau de la face postérieure du tronc, de la face antérieure du thorax et sur les quatre membres. L'examen neurologique ne montre pas de déficit objectif.

Au total, sur le plan somatique, le syndrome douloureux n'est pas clairement expliqué par les constatations objectives. Si l'on se réfère aux critères de classification des spondylarthropathies, ce diagnostic n'est que possible chez cette assurée chez qui l'on relève notamment l'absence de l'antigène HLA-B27, l'absence de syndrome inflammatoire biologique sur plusieurs années d'évolution, l'absence d'efficacité des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens mais également de médicaments anti-rhumatismaux de type anti-TNF, souvent très efficaces dans ces affections ; les différents rapports des examens radiologiques et les documents à disposition ne montrent pas de lésion typiquement retrouvée dans les spondylarthropathies hormis une suspicion d'insertionite ligamentaire vertébrale. Quoi qu'il en soit, même si le diagnostic de spondylarthropathie était retenu, il ne pourrait expliquer l'étendue du syndrome douloureux résistant à tous les traitements entrepris.

Devant un syndrome douloureux diffus imparfaitement expliqué par les constatations somatiques un diagnostic de fibromyalgie a été évoqué. On peut rappeler que ce label sert à désigner un syndrome douloureux chronique touchant le tronc et les membres survenant souvent chez les femmes et fréquemment accompagné de troubles fonctionnels tels que des troubles fonctionnels digestifs, des céphalées, une fatigue et parfois des symptômes dépressifs. On comprend dès lors ce diagnostic ait été évoqué pour cette assurée. Il faut cependant souligner que pour de nombreux spécialistes la fibromyalgie ne correspond pas à une maladie à proprement parler et suggère l'intervention de facteurs non somatiques. [...]

Au terme de son **expertise psychiatrique la Dresse G.** _____ conclut : « Le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant a été évoqué dans plusieurs rapports. Le syndrome douloureux, débutant par des lombalgies d'apparence banale, a commencé alors que le couple avait pris des engagements financiers importants, source d'inquiétudes pour l'assurée. Par la suite, il a été entretenu par les investigations répétées et les traitements proposés, la multitude des médecins consultés favorisant la surmédicalisation. A retro, aucune pathologie somatique précise ne peut être retenue avec certitude. Personnalité fruste, altruiste et dévouée, mais peu affirmée et manquant d'esprit critique, l'assurée n'a pas été à même de prendre du recul et s'est soumise sans rechigner aux mesures médicales proposées. Si les symptômes douloureux, sans explication organique satisfaisante, sont bien présents ici, la fonction de ces symptômes ne permet pas d'obtenir un soutien ou d'éviter un désagrément, dans cette

situation. J'ai plutôt le sentiment que le cercle vicieux de la douleur chronique a été entretenu de façon extérieure. Adressée par son médecin de famille à un service universitaire, elle a bénéficié d'investigations poussées à la recherche d'une maladie rhumatismale. Des traitements lourds et non dénués d'effets secondaires ont été instaurés, qui n'ont apporté aucune amélioration significative.

L'interruption de son activité professionnelle, facteur de stabilité psychologique et d'équilibre économique pour la famille, associée au syndrome douloureux, a favorisé l'émergence de troubles dépressifs. Je retiens actuellement un diagnostic d'épisode dépressif de degré léger à moyen, (symptômes dépressifs durables mais d'intensité fluctuante), résistant aux traitements antidépresseurs prescrits au cours des années écoulées. Cet épisode dépressif survient chez une personnalité aux ressources limitées, insuffisantes pour absorber des situations de surcharge. [...] »

Ils ont conclu à la possibilité de recouvrer une capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement, à brève échéance, la situation n'étant toutefois pas stabilisée.

b) Le Dr K. _____ a pour sa part communiqué les éléments suivants dans son rapport d'expertise rhumatologique du 7 février 2013 :

« [...] **Lors de l'examen de ce jour**, on note la présence d'un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. La mobilité segmentaire est globalement conservée mais parasitée par une allodynie diffuse et des contractures para-vertébrales diffuses. A noter qu'il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite.

L'examen frappe cependant par la présence de douleurs péri- et poly-articulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et d'un syndrome de fatigue chronique.

Du point de vue paraclinique, le bilan effectué jusqu'à ce jour ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire, le HLA-B27 est négatif, les sérologies pour facteur rhumatoïde anti-CCP, anti-DNA sont négatives. Les différentes IRM effectuées jusqu'à ce jour montrent certes quelques signes d'insertionite ligamentaire vertébrale, cependant peu spécifiques et un remaniement au niveau sacro-iliaque. Ceux-ci restent cependant modérés et peu spécifiques. L'ultrasonographie des épaules et des différentes articulations dans le but d'évaluer la présence de synovite reste rassurante, le score sonar est à 0/22, tant en mode palmaire qu'en mode doppler.

[...]

Concernant son exigibilité, dans son ancienne activité de femme de ménage, une capacité de travail à tout au moins 50 % est justifiée. Cependant, dans une activité adaptée, en limitant les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive, et en lui permettant d'alterner les positions assise et debout, sa capacité de travail peut être totale.

Du point de vue bidisciplinaire : après discussion avec le Dr L._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son ancienne activité de femme de ménage, est estimée à 50 %, et dans une activité adaptée, à 100 %.

Le syndrome douloureux récurrent, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de repli social, ne présente pas de caractère incapacitant.

[...]

Cependant, on note à nouveau une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée, l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle qui en découle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle, ainsi que l'examen clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour. A noter qu'il n'y a pas de syndrome inflammatoire, l'antigène HLA-B27 est négatif, tous les traitements anti-inflammatoires de fond et d'anti-rhumatismaux de fond biologiques se sont révélés inefficaces, les examens radiologiques restent rassurants, on ne peut que retenir une suspicion d'une spondylarthropathie, qui reste cependant peu active. La symptomatologie ne peut être expliquée uniquement par le socle somatique et les examens paracliniques effectués jusqu'à ce jour. En effet, le score sonar, permet d'exclure raisonnablement une activité inflammatoire articulaire. [...] »

Quant à l'évaluation psychiatrique ressortant du rapport du Dr L._____ du 11 février 2013, ce dernier a considéré que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique incapacitante, le tableau algique ne revêtant pas un degré de gravité suffisant de son point de vue. Il s'est par ailleurs prononcé sur les différents diagnostics évoqués dans le cas de la recourante comme suit :

« [...] Un épisode dépressif léger coté F32.01, ce qui correspond, selon la CIM-10, à un épisode dépressif léger avec syndrome somatique n'a classiquement pas d'effet sur la capacité de travail et nous ne retiendrons donc pas ce type de diagnostic.

[...U]n épisode dépressif léger à moyen traité s'avère en général résolu au bout de six mois. Nous nous écarterons de ce diagnostic.

[...] Pour ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, nous rappellerons que la CIM-10 précise que ce type de diagnostic ne peut être envisagé que si l'anamnèse précise un épisode dépressif attesté, traité et résolu précédant une période blanche et un second épisode dépressif, ce qui ne paraît pas être le cas ici, dans la mesure où l'assurée insiste lors du présent examen sur le fait que la symptomatologie anxio-dépressive qu'elle a présenté et qui a motivé différentes périodes de consultations, en 2009 et 2012, est toujours réactionnelle aux douleurs ou aux licenciements. La rapidité de l'amélioration témoigne de cet aspect réactionnel.

Pour ce qui concerne le trouble mixte de personnalité, avec traits évitants et dépendants, non seulement nous ne retrouvons pas de critère-symptôme permettant d'envisager ce type de diagnostic, l'assurée se déclare indemne de toute symptomatologie psychique, et nous rappellerons qu'un trouble de personnalité correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et d'expérience vécue

déviant de la norme et donnant lieu à une souffrance significative et qu'un trouble de personnalité grave, ayant valeur invalidante, suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de deuxième dizaine d'années de vie, ce qui n'est pas le cas de notre assurée. Enfin, il est particulier qu'aucun des psychiatres consultés préalablement n'aient mentionné ce type de symptomatologie voire de pathologie. Nous nous écarterons aussi de ce diagnostic. [...] »

c) Postérieurement à l'arrêt de la Cour de céans du 2 octobre 2014, la recourante a fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire au sein du Centre M._____. On peut citer les observations suivantes ressortant du rapport corrélatif du 26 février 2016 :

« *Situation actuelle et conclusions*

Sur le plan de la médecine interne, Madame B._____ est traitée avec succès pour une hypertension artérielle. Malgré un traitement de Pantoprazol, les troubles digestifs persistent, mais atténués ; ils sont clairement péjorés par les périodes d'angoisse.

A noter encore un tabagisme actif.

Aucun de ses problèmes ne retentit sur la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes de l'expertisée concernent des cervico-dorso-lombalgies avec irradiation diffuse dans les quatre membres, des douleurs d'allure mécanique aux épaules et mains, et des arthralgies migrantes touchant les coudes, les mains, les hanches, les genoux et, dans une moindre mesure, les chevilles. Il existe aussi des myalgies diffuses et une fatigue. Actuellement, il n'y a pas d'élément anamnestique de type inflammatoire, malgré l'absence de traitement à but antirhumatismal.

L'examen du rachis cervical et dorsolombaire est dans la norme, de même que celui des articulations périphériques ; en particulier, l'examen des sacro-iliaques est indolore et il n'y a pas de signe d'enthésite ni de synovite. Les cinq signes de non-organicité de Waddell sont présents, de même que les 18/18 points typiques de la fibromyalgie.

Les radiographies de la colonne cervicale de 2013 sont sans particularité. En l'absence de signe clinique d'appel, nous n'avons pas jugé nécessaire de refaire des radiographies. L'IRM de la colonne lombaire du 02.12.2013 objective des troubles dégénératifs et une discopathie L4-L5. L'IRM des sacro-iliaques réalisée en décembre 2013 montre des signes compatibles avec une spondylarthropathie inflammatoire, et aussi avec des remaniements dégénératifs.

Considérant les plaintes actuelles, de type mécanique, l'inefficacité de tous les traitements antirhumatismeux introduits, le peu de signes en faveur d'une spondylarthrite sur les IRM, l'absence de lésions particulières et de signe de synovite lors des divers examens des articulations périphériques (épaules, genoux, coudes, pieds), enfin l'absence de signe biologique d'inflammation, nous rejoignons l'appréciation du Dr K._____ : une spondylarthropathie inflammatoire axiale et périphérique indifférenciée est possible, mais guère au premier plan. Il s'agit de troubles de type mécanique. Cependant, les lésions dégénératives visibles sur les radiographies de la colonne cervicale et lombaire sont insuffisantes pour expliquer

les plaintes, en particulier au niveau cervical. C'est donc un syndrome fibromyalgique qui domine le tableau, marqué par une anamnèse d'arthralgies migrantes, de myalgies diffuses, de fatigue chronique, ceci associé à la présence de tous les Tenders Points typiques de cette affection. Relevons encore la présence de 5/5 signes de non-organicité de Waddell, dont la présence suggère une composante subjective à la symptomatologie algique.

En conclusion, nous retenons les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome lombosciatalgique chronique non déficitaire sur discopathie L4-L5, et de suspicion d'une spondylarthropathie inflammatoire, peu active.

En ce qui concerne la capacité de travail, à l'instar du Dr K. _____, nous retenons une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité de femme de ménage et de 100 % dans une activité adaptée, sans perte de rendement.

Sur le plan psychique, étant donné que la fibromyalgie est assimilée à une maladie psychosomatique, nous devons évaluer les différents points mentionnés dans l'arrêt du Tribunal fédéral de juin 2015 concernant ces affections.

Il convient tout d'abord de préciser que nous ne retenons pas le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, car l'anamnèse ne met pas en évidence d'élément de nature émotionnelle et/ou psychosociale susceptible de créer un sentiment de détresse chez l'expertisée au moment de l'apparition des douleurs ; or, c'est une condition nécessaire, au sens de la CIM-10, pour retenir un syndrome somatoforme douloureux sensu stricto.

Par contre, il existe un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'anamnèse spontanée indique des critères dépressifs tels qu'humeur fortement déprimée, fatigue, troubles du sommeil et pensées de mort. Le tout dans le contexte d'un syndrome douloureux important.

L'anamnèse orientée permet de retenir six critères dépressifs certains, selon la CIM-10, dont deux majeurs jugés sévères par l'examinée. Les troubles de l'appétit n'ont pas retenti sur le poids. Nous avons donc sept critères dépressifs certains et un partiel. Le caractère sévère ne peut être retenu ; il s'agit d'un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique puisqu'il existe plus de quatre symptômes somatiques. À ce sujet, on relèvera que la libido est modérément diminuée, ce qui va avec une atteinte dépressive modérée.

En outre, il existe différents symptômes anxieux. L'expertisée appréhende l'avenir concernant sa santé et son activité professionnelle. Elle est souvent anxieuse, en particulier depuis l'introduction d'un traitement antihypertenseur. Divers symptômes neurovégétatifs sont déclarés. Elle est aussi nerveuse, sans irritabilité. On relève l'effet apaisant de la présence d'un proche à ses côtés. Ces plaintes anxieuses n'orientent pas vers un trouble anxieux spécifique ; elles sont plutôt à intégrer dans l'épisode dépressif.

Aucune notion de prises de toxiques n'est à relever.

Au status, le syndrome dépressif est objectivé. Il n'y a cependant pas de critères de gravité. Si l'humeur paraît déprimée en l'absence de fluctuation de l'expression émotionnelle, il n'y a pas de fatigabilité au cours de l'évaluation, l'abattement n'est pas sévère,

le ralentissement n'est que léger et il n'y a pas de pensée dépressive ou suicidaire. Ces signes corroborent l'anamnèse. Dans le quotidien, les tâches assumées confirment que l'épisode dépressif n'est pas sévère. Madame B. _____ semble s'être adaptée à un rythme de vie sans activité professionnelle ; elle véhicule son fils de l'école au domicile, fait les repas et presque tout le ménage, fait une sieste et sort pour de courtes promenades. Le soir, la télévision l'occupe principalement. Il n'y a pas d'autres activités physiques ou de loisir.

On relève que l'expertisée peut voyager en avion chaque été sans accompagnement, qu'elle conduit régulièrement sur des trajets jusqu'à trente à quarante minutes, qu'elle fait les courses légères et les tâches ménagères, à l'exception de passer l'aspirateur et de nettoyer les escaliers (elle nettoie elle-même les sols à plat, selon ses dires à l'expert rhumatologue). En outre, elle n'a jamais assumé les tâches administratives, surtout en raison de ses faibles connaissances, mais parvient à effectuer des paiements à la Poste.

Il n'y a pas trouble de la personnalité. On ne relève aucune plainte à ce sujet - hormis un sentiment d'infériorité -, aucun antécédent de traumatisme psychique dans l'enfance ou l'adolescence, et aucun conflit relationnel, tant sur le plan personnel que professionnel. En outre, on ne trouve pas de notion d'un dysfonctionnement durable dans différents secteurs de la personnalité. Enfin, il n'y a pas d'antécédents psychiatriques récurrents et graves dès le début de l'âge adulte.

Ressources de l'expertisée :

Les fonctions intellectuelles supérieures sont préservées. L'histoire personnelle et professionnelle d'avant le début des plaintes indique l'existence de ressources personnelles, bien que l'absence de capacités d'introspection que nous avons constatée soit un facteur limitant ; c'est probablement ce qui a conduit l'experte de la Clinique F. _____ à évoquer une personnalité fruste, altruiste et dévouée avec de faibles ressources personnelles. Elle a jugé par contre qu'un espace psychothérapeutique était nécessaire - donc accessible - pour soutenir la reprise d'activité.

Bien que Madame B. _____ vive en Suisse depuis plus de vingt ans, ses connaissances en français sont moyennes, ce qui peut s'expliquer par sa scolarisation limitée. A relever que les entretiens ont été effectués sans traducteur et n'ont pas posé problèmes.

D'autre part, si l'expression émotionnelle est de toute évidence difficile, l'examinée n'a jamais rencontré de conflit relationnel et se décrit comme une femme vive et sociable, aimant rire. On relève enfin que l'expertisée a exercé son activité de femme de ménage pendant 18 ans dans la même entreprise, ce qui est une preuve de stabilité prémorbide.

Ainsi, les ressources personnelles sont au plus partiellement limitées.

Ressources disponibles sur le plan social :

Elles existent, par la présence du mari, de la famille et des amis.

Traitement :

[...] Le dosage sanguin du Cymbalta indique une valeur inférieure au taux mesurable, donc en net décalage avec la posologie prescrite ; cela traduit une mauvaise compliance, car il n'y a pas d'interaction

possible avec les autres médicaments susceptible d'expliquer une si faible concentration.

Sachant que le trouble dépressif est moyen, on est en droit d'attendre qu'il s'améliore avec une meilleure observance du traitement antidépresseur. En outre, il existe d'autres options thérapeutiques pour améliorer la symptomatologie anxieuse et douloureuse ; une molécule ayant une longue demi-vie, par exemple le Tranxilium, pourrait apporter un bénéfice plus constant. En outre, il permettrait probablement d'améliorer les douleurs liées au syndrome fibromyalgique, par son effet myorelaxant. Si la prise régulière de l'antidépresseur Cymbalta ne suffit pas à améliorer la thymie, on peut en augmenter la posologie à 90 mg/j, ce qui devrait aussi modifier le seuil de la douleur.

Pour toutes ces raisons, nous n'avons pas la preuve d'une incapacité de travail, raison pour laquelle nous estimons la capacité de travail à 100 % en l'état actuel. Par contre, le dossier indique une péjoration transitoire dès octobre 2013, avec un épisode dépressif transitoirement sévère ; une incapacité de travail totale en a résulté, pendant une durée maximale que nous estimons à six mois en l'absence de trouble de la personnalité et face à une mauvaise compliance médicamenteuse. Cette péjoration a suivi l'annonce qu'elle est apte à travailler dans une activité adaptée, puis qu'elle ne touchera qu'une rente limitée dans le temps. Il s'agit d'un trouble réactionnel.

Réadaptation :

Malgré une limitation des ressources personnelles, une réadaptation dans une activité tenant compte des limitations physiques est exigible.

Cohérence :

Les plaintes psychiques et le status psychiques sont cohérents. On peut relever l'absence de comportement douloureux durant l'évaluation psychiatrique, alors qu'il a été très présent et démonstratif durant l'évaluation rhumatologique. [...] »

Les experts ont ainsi conclu à une capacité de travail de 100 % sans baisse de rendement dans une activité adaptée, sous réserve d'un épisode d'incapacité totale de travail entre octobre 2013 et mars 2014.

7. Sur la base des pièces médicales énoncées ci-dessus, on peut d'emblée constater que les différents experts sollicités pour examiner la recourante ont communiqué des avis globalement convergents, tant sur le plan diagnostique que dans l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle. Au demeurant, il convient de relever que les rapports d'expertise corrélatifs, en particulier celui établi par le Centre M. _____ le 26 février 2016, remplissent les critères jurisprudentiels rappelés sous consid. 5b supra. On ajoutera en outre que le rapport d'expertise du

Centre M._____ précité a dûment tenu compte des indicateurs pertinents définis par la récente jurisprudence fédérale en matière de trouble somatoforme douloureux et atteintes assimilées, en analysant les ressources de la recourante, le degré de gravité des atteintes à la santé et la cohérence (cf. jurisprudence citée sous consid. 4). Reste à examiner si les pièces médicales produites par la recourante auprès de la Cour de céans à l'appui de ses arguments, sont susceptibles de faire douter des conclusions étayées des experts.

a) D'un point de vue somatique, ainsi que la recourante l'a elle-même relevé dans son écriture du 3 décembre 2018, le Service de rhumatologie du Centre C._____ a été en mesure d'exclure une spondylarthropathie indifférenciée au profit du diagnostic de syndrome douloureux chronique selon le rapport du 19 novembre 2018. Cette conclusion est dès lors strictement superposable à celle prise en compte au sein du Centre M._____, où les experts ont considéré qu'une spondylarthropathie était « possible, mais guère au premier plan ». S'agissant des douleurs alléguées par la recourante, les spécialistes consultés et les experts ont systématiquement relevé l'absence de substrat organique de nature à expliquer l'important tableau algique présenté. Tant le Service de rhumatologie du Centre C._____ que les experts du Centre M._____ ont par ailleurs retenu des troubles mécaniques, respectivement des discopathies pluriétagées et des troubles dégénératifs, en estimant toutefois que ceux-ci ne pouvaient expliquer les symptômes allégués par la recourante. On remarque au demeurant que les mêmes constats ressortaient des précédentes expertises réalisées à la Clinique F._____ et par le Dr K._____. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie apparaît donc clairement établi, en sus des discopathies.

S'agissant des autres affections somatiques annoncées par la recourante au stade de la présente procédure, à savoir une maladie de Morton ayant requis une intervention chirurgicale et des paresthésies des mains avec composante de syndrome du tunnel carpien, il apparaît premièrement que ces problématiques sont postérieures à la décision

querellée. Deuxièmement, on ne voit de toute façon pas que celles-ci soient de nature à entraver durablement la capacité de travail de la recourante. Le Service de rhumatologie du Centre C._____ a en effet précisé que les douleurs post-opératoires des pieds allaient s'amender (cf. rapport médical du 19 septembre 2017). Quant au syndrome du tunnel carpien, une telle atteinte, susceptible de faire l'objet d'une intervention spécifique, n'est pas usuellement de nature à provoquer une incapacité de travail de longue durée. Enfin, une neuropathie amyloïde, telle qu'évoquée dans le rapport du Service de neurologie du Centre C._____ du 6 octobre 2017, n'a pas été ultérieurement confirmée.

Partant, il convient de conclure qu'à la date de la décision du 16 janvier 2017, l'état de santé somatique de la recourante avait été analysé de manière exhaustive et convaincante par les experts du Centre M._____, sans que les examens ultérieurs effectués au sein du Centre C._____ n'apportent un éclairage différent de la situation.

b) Le registre psychique a également fait l'objet d'évaluations concordantes de la part des experts mandatés par l'intimé. En particulier, ceux-ci ont considéré que les épisodes dépressifs observés auprès de la recourante n'ont pour l'essentiel pas atteint un degré de gravité important, les qualifiant de « léger » ou de « moyen ». Seuls deux épisodes ont été considérés comme suffisamment graves pour justifier une incapacité totale de travail sur des périodes limitées, à savoir entre mai 2008 et mars 2011, ainsi qu'entre octobre 2013 et mars 2014.

Dans ce contexte, les arguments développés par la recourante et les pièces produites ne justifient pas de s'écarter des conclusions des experts, en particulier celles du Centre M._____, à la date de la décision litigieuse. Singulièrement, les rapports sollicités par l'intimé auprès de l'UPA [...] en cours d'instruction du dossier, étaient connus des experts mandatés et ont été dûment analysés. Ceux-ci étaient ainsi pleinement informés des tentatives de suicide de la recourante et en ont d'ailleurs dûment tenu compte dans leur appréciation d'une capacité de travail nulle pour toutes activités durant des intervalles limités. On observera en outre

que le diagnostic d'un « état dépressif modéré à sévère », certes posé antérieurement à la décision querellée, avait été retenu par la Dre D._____ dans son rapport du 19 mars 2012. Cette appréciation n'a toutefois été corroborée durablement par aucun médecin spécialiste à la date du 16 janvier 2017. Au surplus, l'évaluation de la Dre S._____ à l'attention de la Cour de céans, contenue dans son rapport du 21 novembre 2018, constitue une appréciation divergente d'éléments connus des experts au moment de leurs examens respectifs, sans que la psychiatre traitante de la recourante n'ait fait état d'une altération précise de l'état de santé psychique de sa patiente antérieurement à la décision litigieuse. On ignore au demeurant la date à laquelle cette praticienne a débuté sa prise en charge et la fréquence des consultations. Son avis quant à la situation factuelle régnant jusqu'au 16 janvier 2017 peut donc être écarté.

c) Vu ce qui précède, l'audition de la Dre D._____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, telles que proposées par la recourante s'avèrent superflues, ses requête et conclusion en ce sens pouvant être rejetées par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 119 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

d) En définitive, compte tenu de la convergence des avis d'experts, singulièrement de la valeur probante dont peut se voir doter le rapport établi au sein du Centre M._____, il convient de retenir que la recourante souffre principalement d'un trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie) non invalidant, associé à des états dépressifs fluctuants dont l'intensité n'atteint pas un seuil de gravité déterminant, hormis entre mai 2008 et mars 2011, ainsi qu'entre octobre 2013 et mars 2014. Seuls des troubles dégénératifs lombaires et des discopathies sont susceptibles de justifier une diminution de sa capacité de travail dans son activité habituelle, tandis qu'elle a conservé une capacité de travail entière dans une activité légère adaptée. On ajoutera que la baisse de rendement envisagée par les experts de la Clinique F._____ n'a pas été retenue à l'issue des expertises ultérieures, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir

compte, une éventuelle diminution de rendement se confondant avec les limitations fonctionnelles énoncées dans le cas particulier. A la date de la décision entreprise, on retiendra donc que la capacité de travail de la recourante n'a été entravée pour toutes activités que durant les périodes limitées susmentionnées.

8. a) Sur la base des éléments qui précèdent, la détermination du degré d'invalidité présenté par la recourante entre mai 2008 et mars 2011, ainsi qu'entre octobre 2013 et mars 2014, à hauteur de 92 %, ne prête pas flanc à la critique. L'évaluation opérée par l'intimé apparaît en effet conforme aux exigences posées par l'art. 28a al. 3 LAI, en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI.

b) L'intimé a fixé le préjudice économique sur la base de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps, de sorte qu'il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur l'exigibilité reconnue dans l'activité habituelle. Le calcul du revenu d'invalidité est par ailleurs fondé sur les salaires statistiques, ce qui respecte la jurisprudence fédérale constante rendue à cet égard (ATF 126 V 75).

c) Eu égard à l'accomplissement des tâches ménagères, on ne voit aucune raison de se distancer des observations consignées dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 20 septembre 2011. Ce document est conforme aux exigences fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 128 V 93), tandis que la recourante n'a fait de toute façon valoir aucun grief spécifique à son endroit.

d) Il s'ensuit que la recourante peut effectivement prétendre à une rente entière d'invalidité pour les périodes limitées s'étendant du 1^{er} juin 2009 (à l'issue du délai de carence prévu à l'art. 28 al. 1 LAI) au 31 mai 2011 et du 1^{er} octobre 2013 au 30 juin 2014, soit à l'échéance de délais de trois mois dès la fin des incapacités totales de travail (cf. à cet égard : art. 88a et 88^{bis} RAI).

Quant au droit à des mesures professionnelles, pourtant envisagées par l'intimé dans le courant de l'année 2012, elles n'apparaissent pas indiquées en l'état, en l'absence de réalisation de la condition subjective mise à leur octroi, étant donné les doutes émis par la recourante sur sa capacité résiduelle de travail.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 16 janvier 2017 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 16 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- B. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :