

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Zbinden et Monod, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

O. _____, à Ecublens, recourante, représentée par Axa-Arag Protection juridique, à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1970, travaillait en qualité d'employée de production auprès de C. _____ SA, à Ecublens. Le 22 octobre 2007, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

Dans un questionnaire rempli le 14 novembre 2007, l'assurée a indiqué que, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% comme employée de production, par nécessité financière.

Un extrait du compte individuel de l'assurée auprès de la caisse cantonale de compensation AVS a été versé au dossier, indiquant notamment un salaire de 24'014 fr. en 2004 et de 19'223 fr. en 2005. Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 28 novembre 2007, C. _____ SA a indiqué que l'assurée travaillait 4 heures par jour avant son atteinte à la santé et a décrit l'activité exercée.

Le dossier de l'assurée auprès de son assureur perte de gain a été produit; il en ressort notamment que celle-ci présente des lombalgies séquellaires à une opération de hernie discale, un syndrome rotulien bilatéral, une tendinite des sus-épineux et un affaissement plantaire bilatéral, ainsi que des périodes d'incapacité de travail totale depuis février 2004.

L'OAI s'est adressé au Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Renens et médecin traitant de l'assurée. Le 23 janvier 2008, ce praticien a posé les diagnostics de lombo-pygialgies gauches avec cruralgies intermittentes - dans le contexte de status après discectomie L4-L5 gauche pour hernie discale L4-L5 gauche le 10.11.2005, de canal lombaire étroit congénital en L4-L5, de discopathie dégénérative L4-L5 et de déconditionnement musculaire - et de syndrome fémoro-

patellaire bilatéral. Il a retenu des périodes d'incapacité de travail comme ouvrière chez C._____ SA du 31 décembre 2004 au 15 décembre 2007, dite incapacité étant de 0% dès le 16 décembre 2007, et indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'une activité adaptée était exigible, en tout cas quatre heures par jour sans diminution de rendement. En outre, il a décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée et a déposé des rapports de spécialistes, attestant notamment d'une IRM effectuée le 17 octobre 2007.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui a relevé, dans un rapport du 18 août 2008 de la Dresse I._____, que l'assurée présentait une incapacité de travail durable depuis juin 2006 et une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: "éviter une position statique prolongée assis, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux; agenouillée et accroupie. Pas de mouvements répétitifs avec le tronc. Pas de position en hauteur, pas de déplacement sur sols irréguliers. Port de charges limitées à 5 kg". Il a été relevé qu'avec un problème lombaire dégénératif segmentaire non irritatif, l'intéressée devait être occupée à un poste adapté et que l'activité d'employée de production auprès de C._____ SA était relativement lourde.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 15 janvier 2009 par l'OAI au domicile de l'assurée. Il en ressort, dans un rapport du 26 février 2009, que l'assurée aurait augmenté son taux de travail à 100% depuis au moins septembre 2008 si elle était en bonne santé. L'OAI a également décrit les empêchements de l'assurée pour effectuer ses tâches ménagères.

Dans un courrier du 27 mars 2009, le Dr T._____ a proposé à l'OAI de mettre en œuvre une expertise et a signalé des plaintes multiples au niveau de la ceinture scapulaire, du dos et des genoux. Il a remis plusieurs documents médicaux de spécialistes, attestant d'examens radiologiques (IRM et RX) effectués en 2008 et 2009, proposant des

mesures thérapeutiques, puis faisant état notamment de lombalgies et de gonalgies.

Le 3 avril 2009, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seraient accordés. L'assurée a ultérieurement renoncé à bénéficier de l'aide au placement.

Dans un préavis du 3 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente et à des mesures professionnelles. Il a retenu que celle-ci présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 19 juin 2006 et qu'une pleine capacité de travail pouvait être exigée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur la base d'un revenu sans invalidité de 51'082 fr. 15 et d'un revenu d'invalidité de 45'973 fr. 90 – pour des activités simples et répétitives en 2007 selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, en tenant compte d'un abattement de 10% – l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 10%. Il a ajouté que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assurée.

Le 6 mai 2009, par son mandataire, l'assurée a contesté ce préavis. Le 7 juillet 2009, elle a indiqué mettre en œuvre une expertise privée.

Dans un rapport du 17 août 2009, la Dresse Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne, consultée par l'assurée, a relevé que celle-ci souffrait d'un état dépressif moyen, que des tests psychologiques avaient mis en évidence un retard mental léger et qu'il était nécessaire de prendre en compte l'aspect psychiatrique.

Le 25 septembre 2009, la Dresse Q._____ a indiqué que l'assurée se plaignait d'un sentiment de tristesse, de labilité d'humeur, d'une grande irritabilité, d'une culpabilité exagérée, de troubles du sommeil, de fatigabilité, d'anxiété, d'anxiété somatique ainsi que de

diminution d'intérêt et de l'élan; ce tableau correspondant à un état dépressif moyen. Cette spécialiste a joint en particulier un rapport du 11 juin 2009 de A._____, psychologue FSP, constatant un QI performance du niveau du retard mental léger.

En date du 26 février 2010, par son mandataire, l'assurée a contesté le préavis de l'OAI et conclu à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et à l'octroi d'une demi-rente. Elle a déposé les documents suivants:

- Une expertise du 27 janvier 2010 du Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne, posant le diagnostic d'état dépressif léger. Il a précisé que l'assurée présentait suffisamment de critères pour que son état corresponde à un épisode dépressif moyen mais que la symptomatologie paraissait actuellement relativement modérée, puis que le tableau dépressif était manifestement modulé (aggravé ou amélioré) par l'état douloureux chronique et la limitation de la mobilité en rapport avec les diverses lésions dégénératives. Il a retenu en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Cette appréciation [notamment de l'OAI] ne tient pas compte des ressources personnelles limitées de l'expertisée (QIP de 72 selon notre investigation) et de l'état dépressif léger.

Même si l'atteinte psychiatrique reste limitée pour elle-même pour ce qui concerne la limitation professionnelle chez un sujet en bonne santé, dans le cas particulier de Madame O._____ il y a lieu de considérer que cette dernière n'est pas en mesure de compenser la perte de sa force physique par une activité exigeant des compétences intellectuelles.

L'état dépressif léger n'est pas susceptible d'être amélioré par un traitement médicamenteux car il est en rapport avec une perte narcissique réelle et importante (perte de la santé, perte de la capacité de travail, perte du statut et du rôle dans la famille, précarisation des conditions de vie, etc). Madame O._____ a de la peine à assimiler la perte de sa vie antérieure et à se retrouver en situation d'invalidé, dans la mesure où elle n'a pas pu être reconvertie professionnellement.

L'expertisée n'a certes pas de compétences en réadaptation, mais elle connaît bien le milieu des usines et du travail non qualifié. Elle n'est pas dupe quant à ses chances de trouver un employeur qui l'accepte avec ses limitations multiples. Il est vrai qu'il nous paraît illusoire, quelle que soit la place, à moins d'être un poste dans un

environnement protégé, de demander à un employeur d'accepter que son employée ait « *une diminution de la vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et (qu'elle perturbe le processus de fabrication par) la prise éventuelle de pauses supplémentaires* » comme l'écrit le Dr K._____.

A cela s'ajoutent les troubles attentionnels, les troubles de la mémoire, le ralentissement psychique et la fatigabilité objectivées par la neuropsychologue.

Force est de constater que Madame O._____ devra aménager sa vie sans activité lucrative conséquente effectuée à long terme.

Réponses aux questions:

Madame O._____ présente des affections dégénératives multiples (rachis lombaire et cervical, genoux, chevilles) qui l'empêchent de poursuivre une activité physique lourde ou une activité qui soit contre-indiquée par les limitations définies par les médecins somaticiens.

Sur le plan psychiatrique, c'est l'absence de ressources mentales qui permettraient à Madame O._____ de compenser la perte de sa force physique qui est déterminante, ainsi que l'existence d'un épisode dépressif possiblement moyen en 2009, léger actuellement.

Madame O._____ est une femme fière, blessée narcissiquement par son licenciement, qui cherche à faire bien et à présenter bien, même si elle n'arrive pas à surmonter ses nombreuses défaillances physiques et la perte des valorisations et gratifications associées à son activité professionnelle.

Dans les faits, l'incapacité de travail de Madame O._____ nous paraît prioritairement d'origine physique, avec des conséquences et des effets négatifs sur son psychisme.

Sur le plan purement psychiatrique, les différentes limitations (troubles attentionnels, troubles de la mémoire, ralentissement psychique et fatigabilité, perte de l'élan vital) impliquent une diminution du rendement que nous situons actuellement à 30%.

Cette diminution du rendement a probablement été plus importante durant les trois ans suivant le licenciement, mais a pu être moindre lorsque l'espoir d'une issue honorable et intéressante a miroité lors des cours à IPT.

Il est difficile de définir la diminution du rendement a posteriori, mais une diminution moyenne de 30% depuis juin 2006 nous paraît raisonnable sous l'angle du contexte psychiatrique uniquement.

Ces indications ne tiennent pas compte de la limitation de la mobilité et des réductions, importantes selon nous en termes de rentabilité, qu'imposent les médecins somaticiens.

La diminution de la capacité de travail pour motifs psychiatriques s'ajoute dans ce cas à la diminution pour motifs somatiques.

En effet, les troubles attentionnels et de mémoire, ainsi que le ralentissement psychique, non améliorables, s'ajoutent à la diminution du rendement indiquée par le médecin rhumatologue.

Globalement, les ressources physiques et psychiques résiduelles de Madame O. _____ correspondent selon nous au niveau d'un emploi léger en atelier protégé.

La non-reconnaissance de la réalité du monde du travail ne fera qu'aggraver l'état psychique de Madame O. _____.

La considérer *théoriquement* comme apte au travail dans un emploi adapté en théorie, sans passer par la preuve par l'acte, et ainsi faire l'économie de l'impact sur la rentabilité dû au respect concret de ses limitations, aura inévitablement un effet négatif sur l'état dépressif de l'expertisée.

Si cependant, contre toute attente, il existe réellement un emploi et un employeur qui puisse accepter les limitations physiques et psychiques de l'expertisée telles qu'elles sont définies par les médecins somaticiens et psychiatres, ainsi que sa diminution du rendement, Madame O. _____ pourra probablement bénéficier d'une revalorisation narcissique de son statut, après une période de mise en place et de reconditionnement au travail, pour voir son humeur dépressive améliorée, ainsi que la symptomatologie résiduelle qui y est associée".

- Un rapport du 18 janvier 2010 de J. _____, neuropsychologue FSP, retenant, comme résultats à l'échelle non verbale, un QIP de 72, à la limite de la norme. Elle a indiqué que les résultats n'évoquaient pas de retard mental mais devaient être mis en relation avec un ralentissement et un faible niveau scolaire, que la différence d'avec la précédente évaluation découlait de facteurs externes et que le ralentissement ainsi que les difficultés attentionnelles étaient compatibles avec un état de douleurs chroniques avec troubles du sommeil et fatigabilité.

Dans un avis médical SMR du 30 avril 2010, les Drs M. _____ et D. _____ ont estimé que l'expertise du Dr R. _____ n'était pas probante.

Sur demande de l'OAI, l'assurée a été soumise à une expertise par le Dr N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Sion. Le 13 décembre 2010, il a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et d'épisode dépressif (en rémission partielle) et n'a pas retenu de limitations

ni d'incapacité de travail psychiatrique. Dans son appréciation, il a retenu notamment ce qui suit:

"Dans le cas présent, cette assurée présente indiscutablement une symptomatologie fonctionnelle qui dépasse largement ce que laisseraient attendre les éléments organiques figurant au dossier.

L'expertisée annonce des douleurs touchant, pour la citer, "le dos, la nuque, le bras droit, les genoux, les pieds, l'estomac, le ventre et la gorge", sans qu'elles puissent être expliquées par une affection biomédicale bien codifiée. Il y a des symptômes urinaires et sexuels. Il y a des symptômes neurologiques. Il y a des symptômes gastro-intestinaux. Il y a enfin la fatigue intense.

Le contexte de détresse et d'une souffrance significative peut être retenu sans autre, sachant les symptômes dépressifs résiduels et les tensions conjugales. Le trouble dure depuis des années. On ne retrouve certainement pas les facteurs d'exclusion nommés à la lettre E du tableau 1 ci-dessus.

Au vu de ce qui précède, il est pleinement justifié de retenir le trouble somatoforme indifférencié, même si ce diagnostic relativement évident pour un médecin psychiatre n'a jamais été nommé au dossier jusqu'ici.

[...]

Dans le cas présent, on peut retenir la fatigue anormale que l'assurée décrit comme présente la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis de nombreux mois, tout en sachant qu'elle est déjà largement prise en compte par ce que décrit le trouble somatoforme indifférencié et qu'elle ne doit dès lors pas nécessairement être retenue.

La tristesse est décrite comme occasionnelle. Elle n'a pas de caractère permanent. L'expertisée relate aussi la perte du plaisir aux choses ordinaires de la vie mais admet aussi que ce symptôme n'a pas de caractère permanent.

En l'absence du minimum de deux critères cardinaux, on n'a pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif. On peut dès lors parler de rémission au moins partielle, sachant qu'on peut noter des critères secondaires qui viennent à la demande: baisse de l'estime de soi, difficultés à penser et à se concentrer et troubles du sommeil, même si ces derniers sont reliés aux douleurs.

En l'absence des critères diagnostiques arrivant au seuil de ce que désigne l'épisode dépressif, le soussigné retient *l'épisode dépressif en rémission partielle*.

Cette entité diagnostique d'épisode dépressif en rémission partielle ne se justifie qu'à la condition qu'il y ait véritablement eu un épisode dépressif dans le passé.

Un argument à prendre en compte pour un épisode dépressif vrai relève des rapports médicaux du médecin psychiatre traitant qui décrit un tableau compatible avec un tel trouble en 2009, sans plus. Dans le rapport médical du 17.08.2009, les critères diagnostiques mentionnés ne permettent pas de confirmer l'épisode dépressif, sachant qu'ils sont assortis d'un "etc." et sont dès lors incomplètement cités. Le rapport médical du 25.09.2010 cite la totalité des critères dans une liste ad hoc mais vaut tout au plus pour un épisode dépressif léger. On ne note en effet que trois critères cardinaux dont on ne sait pas s'ils sont permanents et seulement deux critères secondaires, sachant que la labilité de l'humeur, l'irritabilité et l'anxiété ne sont pas des items retenus par la CIM-10 et le DSM-IV-TR dans le descriptif de l'épisode dépressif.

Un argument définitivement probant pour un épisode dépressif vrai relève de l'expertise R._____. Ce confrère retient un épisode dépressif léger et en rapporte les critères diagnostiques selon les règles usuelles en la matière.

S'il y a eu épisode dépressif, il n'a par conséquent jamais été au delà d'un épisode léger, en l'état actuel des informations à disposition.

Au terme de son évaluation, le soussigné admet l'épisode dépressif léger en 2009. En l'état actuel, cet épisode dépressif est en rémission partielle. On est par conséquent en dessous de ce que décrit un simple épisode dépressif léger. On ne peut plus parler de dépression.

[...]

Contre toute attente, au vu de l'anamnèse et de la présentation de l'assurée, le rapport médical du 25.09.2009 retient un retard mental léger sur la seule base d'un QI de performance à 55. Cette appréciation diagnostique est manifestement infondée pour les motifs suivants:

1. La WAIS-III comprend la mesure du QI verbal et du QI de performance avec son corollaire d'un *QI total* qui est l'un des critères diagnostiques du retard mental. Le QI verbal n'a pas été mesuré ici. Le QI total n'est dès lors pas connu, ce qui devrait déjà inciter à une certaine prudence.

2. Les performances de l'examinée sont fortement tributaires de son niveau de collaboration et il n'y a pas ici d'argument définitif que celle-ci ait été optimale, quoi qu'en écrive l'examinatrice à ce sujet.

3. Le trouble retard mental léger n'est pas seulement diagnostiqué par un QI total bas. Il doit être corrélé à des dysfonctionnements qui sont le plus souvent manifestes dès l'âge scolaire. On ne les retrouve pas ici.

4. Enfin, le "diagnostic" de trouble mental léger a dû étonner l'expert R._____, sachant que l'intéressé a répété la mesure du QI 6 mois après ceux du mois de juin 2009, ce qui n'est tout de même pas ordinaire. Ce confrère a reçu une valeur mieux compatible avec la présentation de l'assurée, la valeur du QI de performance étant

cette fois de 72, ce qui est à la limite inférieure de la norme et tout de même dans la norme.

Au vu de tous ces arguments, le trouble retard mental léger doit être raisonnablement écarté. L'assurée est parfaitement capable d'effectuer les activités qu'elle a pratiquées jusqu'ici sur le plan de l'efficacité intellectuelle. Son intelligence est normale.

Appréciation asséurologique

[...]

Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est manifestement légère. Le trouble retard mental léger doit être écarté. Le trouble dépressif a été tout au plus léger. Il n'y a pas d'autres troubles psychiatriques. Il n'en a jamais été mentionnés au dossier.

[...]

Dans le cas présent, l'assurée rapporte des tensions dans sa famille proche et dans la famille élargie. Elle garde néanmoins un réseau social consistant. Il y a son époux et ses enfants. Il y a ses parents. Elle dit garder un réseau social étendu (amis, famille). Elle dit ne pas se sentir isolée.

En passant en revue les autres points à considérer en cas de trouble somatoforme, on constate que l'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique grave et nécessitant un traitement continu, d'après les informations figurant au dossier.

On peut admettre le processus maladif de longue durée, puisque les troubles de l'assurée durent depuis des années. On peut aussi admettre la résistance au traitement selon les règles de l'art, l'expertisée bénéficiant des soins adéquats, compte tenu des ressources à disposition et du type de troubles qu'elle présente, tout en soulignant les doutes légitimes sur l'observance du traitement médicamenteux.

Certains douloureux chroniques ont une présentation figée et cristallisée qui les rend immédiatement reconnaissables. On sait que rien ne change, quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut aussi être retenue comme un critère de gravité.

Dans le cas de Mme O. _____ il est exclu d'admettre cette situation clinique. L'assurée reste tout de même interactive et affectivement mobile en consultation. Elle réagit à l'environnement et s'adapte en conséquence. Elle argumente son dossier, non sans remarques pertinentes. L'assurée n'a pas la présentation des troubles somatoformes gravissimes et définitivement figés.

Certains éléments de l'observation sont finalement troublants. Il y a les versions variables de la prise des médicaments données au soussigné. Il y a l'allégation de fortes douleurs chez une personne qui ne s'est jamais montrée algique au cours de deux consultations, à l'exception du moment où elle se levait de son fauteuil. Il y a ce QI anormalement bas qui fait dire au rapport neuropsychologique du

18.01.2010 qu'il est difficilement explicable par une simple fluctuation des performances mais "pose la question de facteurs externes". Sans affirmer définitivement la simulation ou l'exagération consciente de symptômes, on doit tout de même constater que le comportement de malade de Mme O. _____ sort au moins partiellement du champ de la médecine.

Au vu de tous ces arguments et d'un point de vue strictement psychiatrique, le soussigné ne saurait retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. D'un point de vue médico-théorique, l'assurée est certainement à même de surmonter les symptômes liés à son trouble somatoforme et à réintégrer le monde ordinaire du travail en plein dans les activités lucratives qui sont compatibles avec ses limitations physiques, s'il y a effectivement de telles limitations.

Cette appréciation s'écarte de l'expertise R. _____ qui retient une diminution du rendement de 30%. Il n'y a pas de retard mental. Pour le soussigné, le QI de performance objectif de l'assurée pourrait être bien supérieur à 72, si l'on fait abstraction des facteurs externes évoqués par l'examen neuropsychologique du 18.01.2010. L'épisode dépressif est en rémission et n'a jamais été que léger, si on se réfère à ce qui a été objectivement rapporté au dossier. Si l'on fait abstraction des facteurs externes évoqués par l'examen neuropsychologique du 18.01.2010, il n'y a aucune diminution du rendement pour motif psychiatrique dans le cas de l'assurée O. _____. Il n'y en a d'ailleurs jamais eue. [...]"

Dans un avis médical SMR du 11 janvier 2011, le Dr M. _____ a indiqué, au vu notamment de l'expertise du Dr N. _____, que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations somatiques.

Par décision du 21 janvier 2011, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à une rente et à des mesures professionnelles, se référant aux mêmes motifs que ceux de son préavis du 3 avril 2009.

B. Par acte du 25 février 2011 de son mandataire, O. _____ fait recours au Tribunal cantonal et conclut à l'annulation de la décision du 21 janvier 2011, puis principalement au renvoi du dossier à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et d'une nouvelle expertise psychiatrique complétant celle déjà diligentée, qui est insuffisante. Subsidiairement, elle conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité.

Se basant sur l'avis du Dr R._____, qui doit selon lui être privilégié, elle soutient que l'OAI ne peut se fonder sur l'expertise du Dr N._____, qui comporte bon nombre d'erreurs et d'imprécisions, ajoutant qu'une nouvelle expertise peut éventuellement être mise en œuvre. Elle relève qu'une expertise rhumatologique doit être effectuée afin de déterminer dans quelle mesure les affections dégénératives multiples ont un impact sur sa capacité de travail. Elle dépose une lettre du 15 février 2011 du Dr R._____, qui relève notamment ce qui suit:

"L'expertise N._____ semble détaillée, mais elle se limite à une évaluation strictement psychiatrique et passe à mon avis à côté du problème principal qu'est l'impossibilité pour Madame O._____ de retrouver un emploi du fait des limitations physiques importantes qu'elle a et en l'absence de ressources mentales qui permettraient de compenser les atteintes physiques.

De toute l'évaluation neuropsychologique que j'ai fait réaliser, l'expert N._____ se borne à relever le QI dans la norme de l'expertisée, sans tenir compte du fait qu'il s'agit d'un QI très faible sur la base d'un examen qui a mis en évidence de manière objective des ressources diminuées chez l'expertisée. Je rappelle que l'évaluation neuropsychologique faite par Madame J._____ a mis en évidence un ralentissement et des difficultés attentionnelles constatées objectivement. Même si ces atteintes sont liées à un état de douleurs chroniques avec troubles du sommeil et fatigabilité, il n'en demeure qu'elles ont une influence négative sur la capacité de travail.

[...]

L'expert N._____ relève à plusieurs reprises que Madame O._____ réfute (à tort selon moi) tout problème psychiatrique, que ce soit sur le plan familial (page 4) ou sur le plan personnel (par exemple page 6). Il est manifeste qu'elle ne peut admettre, probablement pour des raisons narcissiques, d'avoir un problème psychique et que dès lors elle cherchera à banaliser et à minimiser tout symptôme psychiatrique. Le Dr N._____ ne semble pas tenir compte de cet aspect dans son analyse.

Dans le chapitre des plaintes, l'expert N._____ relève des plaintes de fatigue, de diminution de la libido, de difficultés à penser et à se concentrer, ainsi que des oublis. La tristesse serait occasionnelle et la perte d'intérêt et de plaisir inconstante. Il en tient compte avec modération, sans intégrer le fait que Madame O._____ minimise toute la symptomatologie psychiatrique qu'elle ne peut admettre, certainement pour des raisons d'image de soi.

Dans le chapitre des observations, l'expert N._____ estime que Madame O._____ n'est pas triste ni ralentie. Toutefois « *elle peut s'émouvoir et se montrer en larmes lorsqu'elle aborde des sujets difficiles et son bilan existentiel* ». De nouveau, il me semble qu'il minimise l'état psychique de Madame O._____ sur la base de ce

qu'elle veut bien montrer. L'expert N._____ ne pratique pas d'hétéro-anamnèse (anamnèse par un tiers) qui permettrait d'objectiver un peu plus l'image que donne d'elle-même la concernée. Il est frappant de constater que l'expert ne tient pas compte du fait que j'ai rencontré le mari qui a précisément donné de sa femme une image plus négative que ce qu'elle ne donne d'elle-même.

Dans le même registre, l'expert N._____ écrit qu'il a eu un contact avec le médecin traitant mais je n'ai pas trouvé dans le texte ce qui est ressorti de ce contact. Curieusement, l'expert N._____ n'a pas eu de contact avec la psychiatre, alors qu'il s'agit d'une affection psychiatrique.

Il ne retient de l'évaluation neuropsychologique que j'avais organisée que ce qui soutient la thèse d'une pleine capacité de travail. Il fait tout un développement sur le QI, qui se situe dans les limites considérées comme normales, sans intégrer les déficits constatés objectivement (par exemple le mauvais rendement sous pression temporelle, aspect important dans l'évaluation de la capacité de travail).

[...]

Le Dr N._____ me semble banaliser la symptomatologie dépressive bien réelle (troubles du sommeil, tristesse, diminution de la libido, diminution de l'intérêt et du plaisir) chez une patiente sous traitement antidépresseur et qui réfute toute problématique psychiatrique et qui cherche à paraître la plus normale possible. Il ne donne aucun crédit non plus aux troubles attentionnels constatés objectivement dans le cadre d'un examen neuropsychologique, troubles qui sont probablement à mettre sur le compte de la dépression.

Dès lors, son diagnostic d'épisode dépressif en rémission partielle F32.4 est probablement le résultat d'une appréciation contradictoire.

[...]

Enfin, je relève que l'expert N._____ signale que son évaluation s'écarte de la mienne, en se basant apparemment simplement sur la constatation par lui d'une amélioration de la symptomatologie dépressive.

L'affirmation catégorique qu'il n'y a jamais eu de diminution de rendement pour motif psychiatrique (fin du paragraphe 3, page 19) paraît surprenante dans la mesure où elle balaie d'un revers de main l'évaluation de la psychiatre traitante et la mienne, sans aucun argument.

Rappelons à ce sujet que la CIM-10 dit qu'un « *épisode dépressif léger s'accompagne habituellement ... de difficultés mineures à mener à bien les activités professionnelles et sociales habituelles. Il est rare que le sujet cesse toute activité* ». Il en ressort clairement que même un épisode dépressif léger peut avoir des répercussions sur la capacité de travail, surtout dans une situation complexe comme celle de Madame O._____.

Dans sa réponse du 2 mai 2011, l'OAI propose que la lettre du 15 février 2011 du Dr R. _____ soit transmise au Dr N. _____ pour qu'il se détermine à ce sujet. L'OAI ne prend pas d'autres conclusions.

E n d r o i t :

1. 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 (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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. En l'espèce, le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité est litigieux, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée.

a) Aux termes de l'art. 8 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^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu

obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2; TF 9C_885/2007 du 15 septembre 2008 consid. 3.2; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de

résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4; 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 590/05 du 27 février 2007 consid. 3.1; avec références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

3. a) Dans le cas présent, sur le plan somatique, l'assurée présente notamment les atteintes de lombo-pygalgies gauches avec cruralgies intermittentes dans le contexte de status après discectomie pour hernie discale L4-L5 gauche le 10.11.2005, de canal lombaire étroit congénital en L4-L5, de discopathie dégénérative L4-L5 et de déconditionnement musculaire, puis de syndrome fémoro-patellaire bilatéral (rapport du 23 janvier 2008 du Dr T._____). Le 27 mars 2009, ce médecin a, en particulier, signalé des plaintes multiples au niveau de la ceinture scapulaire, du dos et des genoux; il a remis des documents médicaux de spécialistes, faisant état notamment de lombalgies et de

gonalgies. L'assurée a en outre fait l'objet de plusieurs examens, notamment radiologiques et IRM, et a consulté des médecins orthopédistes.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr T._____ a indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et qu'une activité adaptée était exigible, dans une mesure à déterminer mais en tout cas quatre heures par jour sans diminution de rendement; il a décrit les limitations fonctionnelles de l'assurée (rapport du 23 janvier 2008). On relèvera que ce médecin retient clairement la possibilité pour sa patiente de travailler dans une activité adaptée mais qu'il n'est pas très précis au sujet du taux d'activité. Ses motivations sont du reste limitées, voire sommaires, au regard notamment de celles de la Dresse I._____, et semblent empreintes d'une certaine bienveillance à l'égard de l'assurée. Son avis au sujet de la capacité de travail doit du reste être apprécié avec les réserves d'usage dès lors qu'il émane du médecin traitant de l'assurée.

b) Dans un rapport SMR du 18 août 2008, la Dresse I._____ retient une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assurée (éviter une position statique prolongée assis, debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux; agenouillée et accroupie; pas de mouvements répétitifs avec le tronc; pas de position en hauteur, pas de déplacement sur sols irréguliers; port de charges limitées à 5 kg), qui en l'occurrence rejoignent celles décrites par le Dr T._____. De façon convaincante et sur la base des autres pièces médicales figurant au dossier, la Dresse I._____ relève qu'avec un problème lombaire dégénératif segmentaire non irritatif, l'intéressée devait être occupée à un poste adapté, ce qui n'était pas le cas de celui exercé alors auprès de C._____ SA.

La Dresse I._____ se fonde sur la base de l'ensemble des pièces médicales au dossier, soit notamment l'avis du Dr T._____ et le rapport du 26 novembre 2007 du Dr W._____, du service d'orthopédie du CHUV. Le Dr T._____ n'a pas mentionné d'autres affections déterminantes qui auraient été omises par la Dresse I._____, de sorte

que l'avis du SMR est complet. Au surplus, par renvoi le cas échéant aux autres pièces médicales du dossier, la Dresse I. _____ se base sur une anamnèse, les plaintes de l'assurée, des examens complets sur le plan somatique avant de retenir, par une appréciation médicale claire et exempte de contradictions, des conclusions dûment étayées. Le rapport du 18 août 2008 du SMR a donc valeur probante.

c) Avec le SMR, on retiendra donc que l'assurée présente une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telles que décrites par la Dresse I. _____. Au vu notamment des nombreux examens entrepris et des consultations effectuées par l'assurée, on ne voit pas ce qu'un complément pourrait apporter, la cause étant donc suffisamment instruite au plan physique.

4. a) Sur le plan psychique, l'assurée a été soumise à une expertise (en l'occurrence privée, à la demande de son mandataire) par le Dr R. _____, qui a posé le diagnostic d'état dépressif léger. Il a précisé que l'assurée présentait suffisamment de critères pour que son état corresponde à un épisode dépressif moyen mais que la symptomatologie paraissait actuellement relativement modérée, puis que le tableau dépressif était manifestement modulé (aggravé ou amélioré) par l'état douloureux chronique et la limitation de la mobilité en rapport avec les diverses lésions dégénératives. Dans son appréciation, il a indiqué en particulier que l'état dépressif léger n'était pas améliorable par un traitement médicamenteux, la symptomatologie paraissant actuellement relativement modérée. Il a retenu que l'assurée n'était pas apte à travailler dans un emploi adapté, au vu de ses ressources personnelles limitées et de l'état dépressif léger, et qu'elle ne pouvait pas compenser la perte de sa force physique par une activité exigeant des compétences intellectuelles. Il a évalué que l'incapacité de travail était prioritairement d'origine physique et que, sur le plan psychiatrique, les différentes limitations (troubles attentionnels, troubles de la mémoire, ralentissement psychique et fatigabilité, perte de l'élan vital) entraînaient une diminution de rendement de 30%, depuis juin 2006.

Suite à l'avis du SMR, qui a retenu que l'expertise du Dr R._____ était dénuée de valeur probante, l'assurée a été soumise par l'OAI à une expertise indépendante (au sens de l'art. 44 LPGA), effectuée par le Dr N._____, qui a posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et d'épisode dépressif (en rémission partielle), sans retenir de limitations ni d'incapacité de travail psychiatrique. Dans son appréciation, il a retenu que l'assurée présentait indiscutablement une symptomatologie fonctionnelle dépassant les éléments organiques figurant au dossier, compte tenu des douleurs décrites, d'un contexte de détresse et d'une souffrance significative. Compte tenu d'une fatigue anormale ainsi que d'une tristesse occasionnelle et non permanente, il a retenu que le seuil d'un épisode dépressif n'était pas atteint, se référant à un épisode dépressif léger en 2009, en rémission partielle, en l'absence de dépression. Il n'a pas constaté d'autres pathologies psychiatriques, relevant notamment l'absence de retard mental léger (compte tenu des examens de neuropsychologie effectués) puis a nié un caractère invalidant au trouble somatoforme présenté par l'assurée.

Dans son courrier du 15 février 2011, le Dr R._____ a critiqué l'expertise du Dr N._____, faisant notamment valoir que ce médecin avait minimisé l'importance des constatations neuropsychologiques de J._____, qu'il ne se base que sur les déclarations de l'assurée et qu'il banalise la symptomatologie dépressive réelle.

b) Dans son expertise du 27 janvier 2010, le Dr R._____ retient certes une diminution de rendement de 30% sur le plan psychique, tout en relevant que l'incapacité de travail est prioritairement d'origine physique, de sorte qu'on peut se demander, en suivant l'avis de ce médecin, quelle est l'influence réelle des troubles spécifiquement psychiques sur la capacité de travail, respectivement de rendement. Son avis devient quelque peu contradictoire lorsqu'il affirme ensuite que les ressources physiques et psychiques résiduelles de l'assurée correspondent au niveau d'un emploi léger en atelier protégé, quand il laisse entendre que l'intéressée présenterait théoriquement une aptitude au travail dans

un emploi adapté puis lorsqu'il retient qu'un travail adapté à ses limitations physiques et psychiques permettrait à celle-ci de bénéficier d'une revalorisation narcissique et d'une amélioration de son humeur dépressive. En effet, du point de vue médical, peu importe de savoir s'il existe concrètement sur le marché du travail - qui est réputé équilibré - un poste pour l'assurée dans une activité correspondant à ses limitations fonctionnelles. Il est au demeurant difficile de justifier une diminution de rendement en présence d'une pathologie qui n'entraîne finalement qu'un discret ralentissement et des troubles attentionnels, lesquels en l'occurrence n'empêchent pas plusieurs activités (lecture d'ouvrage sur l'économie, internet) qui demandent pourtant de l'attention et de la compréhension.

A propos plus particulièrement de la lettre du Dr R. _____ du 15 février 2011, on relèvera qu'il s'agit pour l'essentiel d'une simple critique de l'expertise du Dr N. _____ qui n'apporte pas d'éléments nouveaux. On ne saurait reprocher à l'expert mandaté par l'OAI d'avoir procédé uniquement à une évaluation psychiatrique de l'assurée, soit dans son domaine de compétence, contrairement à ce que soutient le Dr R. _____. De façon détaillée, le Dr N. _____ se base sur les constatations de neuropsychologie de J. _____ pour retenir, conformément à l'avis de cette dernière, que l'assurée ne présente pas de retard mental; il n'a donc pas minimisé les constatations neuropsychologiques et il se base au contraire sur l'interprétation qu'en fait la spécialiste en la matière. Quand bien même le QI de l'assurée semble faible, on relèvera que cela ne l'a pas empêchée de travailler à satisfaction durant de nombreuses années. Si le Dr N. _____ s'est principalement fondé sur les déclarations de l'assurée pour en apprécier l'état psychique, on ne voit pas en quoi une telle approche ne serait pas suffisamment méticuleuse ou objective, dès lors que ce médecin s'est également basé sur l'ensemble des pièces médicales au dossier.

Lorsque le Dr R. _____ réfute le diagnostic de trouble somatoforme posé par le Dr N. _____, il faut lui rétorquer que ce dernier s'appuie sur les critères du DSM-IV-TR, avant de retenir que ceux-ci sont

réunis dans le cas de l'assurée, et que cette atteinte correspond à la pratique consacrée par la jurisprudence en présence d'un état douloureux sans substrat organique objectivable (ATF 132 V 65 consid. 4; TF 9C_60/2010 du 8 juillet 2010 consid. 1.2 et les arrêts cités), ce qui est le cas en l'espèce. Le Dr N._____ n'a pas cherché à nier les limitations physiques de l'assurée, son avis ne portant que sur la problématique psychique. Quant à la confusion dont ferait preuve ce médecin au sujet du diagnostic d'épisode dépressif en rémission partielle, on relèvera qu'il s'est néanmoins basé sur les critères de la CIM-10 et du DSM-IV-TR pour retenir, de façon motivée, que l'assurée ne présente pas le seuil diagnostique d'un épisode dépressif. Pour le surplus, les autres critiques du Dr R._____, en tant qu'elles n'ont pas été traitées ci-dessus, ne comportent pas d'éléments permettant de douter de l'avis de l'expert mandaté par l'OAI. Cela étant, le Dr N._____ n'a pas recueilli l'avis du psychiatre traitant, ce qui n'est toutefois pas de nature à remettre en cause ses conclusions.

c) L'expertise du Dr N._____ se fonde sur une anamnèse complète (notamment familiale, personnelle et actuelle), tient compte des pièces versées au dossier, des examens entrepris et des plaintes de l'assurée puis, par une appréciation médicale claire et exempte de contradictions, retient des conclusions dûment étayées et convaincantes, de sorte qu'elle répond aux conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, ce médecin se base sur l'examen du Dr R._____, sur un examen psychiatrique personnel de l'assurée et sur les constatations neuropsychologiques de J._____, avant de retenir les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié et d'épisode dépressif (en rémission partielle), un épisode dépressif étant nié, puis une capacité de travail entière sur le plan psychiatrique. Les explications de l'expert mandaté par l'OAI sont complètes et permettent de se prononcer en toute connaissance de cause sur les affections psychiques de la recourante, de sorte que le dossier est suffisamment instruit sur cette problématique.

De façon argumentée, le Dr N._____ s'est prononcé au sujet du caractère invalidant du trouble somatoforme. Il a retenu que la comorbidité psychiatrique était légère (ce qui correspond à l'absence

d'épisode dépressif constatée par ce médecin), qu'il y avait une intégration sociale préservée, un processus maladif de longue durée et une résistance au traitement dispensé. L'expert a ensuite infirmé la présence d'affections corporelles chroniques graves nécessitant un traitement continu ainsi que d'une présentation figée et cristallisée, avant de retenir que le comportement de malade de l'assurée sortait au moins partiellement du champ médical, au vu notamment de l'allégation de fortes douleurs et d'un QI anormalement bas. A l'aune des critères en la matière (ATF 132 V 65 et les arrêts cités) et avec le Dr N._____, on retiendra donc qu'il est exigible de la part de l'assurée de surmonter ses douleurs, de sorte que le trouble somatoforme ne revêt pas un caractère invalidant.

5. a) Sur le plan économique, la recourante ne conteste pas le calcul de l'invalidité, qui a été effectué par l'OAI conformément aux pièces versées au dossier et à la pratique en la matière, reconnue par la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/aa; TF 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1). L'abattement de 10% du revenu d'invalidité retenu par l'OAI paraît adéquat au vu des circonstances (ATF 132 V 393 consid. 3.3; TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.1). Il s'ensuit que la recourante présente un degré d'invalidité de 10%, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité.

b) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de compléments sur le plan médical.

En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008

du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

Il importe peu que l'OAI ait proposé de soumettre au Dr N._____ les dernières critiques du Dr R._____. Cette prise de position ne signifie pas que l'OAI renonce à reconnaître la valeur probante de l'expertise du Dr N._____. Cette question a été traitée dans le considérant ci-dessus et il n'est pas nécessaire de compléter le dossier par un rapport complémentaire de ce médecin sur les critiques visant son rapport d'expertise, jugé probant.

c) Il résulte des considérants qui précèdent que les motifs de la recourante sont en tous points mal fondés. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

6. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 21 janvier 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante O._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Axa-Arag Protection juridique, à Lausanne (pour O._____)
- 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).

Le greffier :