

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Reinberg et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, a déposé, le 10 mai 2016, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de rachialgies (cervico-dorso-lombalgies) chroniques et d'une tendinite au bras gauche. Elle travaillait alors comme femme de ménage auprès de plusieurs employeurs et se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 6 février 2016.

Dans un rapport du 11 septembre 2016, le Dr B. _____, alors médecin-traitant de l'assurée depuis janvier 2016, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rachialgies chroniques exarcerbées avec dorso-lombalgies chroniques, de cervico-scapulalgies bilatérales et d'état anxio-dépressif réactionnel probable dans le contexte des douleurs chroniques. Il a notamment évoqué des troubles dégénératifs de la colonne dorso-lombaire ainsi que des névralgies cervico-brachiales du membre supérieur gauche et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle. Il a joint à son rapport un compte-rendu du 16 mars 2016 du Dr T. _____, spécialiste en neurologie, dans lequel ce médecin n'a pas constaté de trouble neurologique hormis une hypoesthésie du cinquième doigt et du bord cubital de la main gauche. L'EMG [l'électromyogramme] effectué avait mis en évidence « quelques rares signes neurogènes » traduisant une irritation du cubital gauche. La hernie discale retrouvée en C5-C6 était, de l'avis de ce médecin, sans corrélation claire avec le tableau clinique.

Le Dr Z. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique adjoint au sein du Département [...] ([...]) du Centre hospitalier K. _____ (Centre hospitalier K. _____), a, dans un rapport du 11 juillet 2016, noté un syndrome vertébral mineur et l'absence de corrélation entre sa hernie discale cervicale et la symptomatologie de la patiente. Selon le spécialiste, la patiente ne remplissait pas les critères de fibromyalgie mais compte tenu de l'état anxio-dépressif accompagnant les problèmes ostéo-articulaires, un avis psychiatrique s'avérait utile.

Le Dr Z._____ a revu la patiente après trois semaines de physiothérapie intense au cours d'une hospitalisation au sein du Centre hospitalier K._____. Dans son rapport du 8 mars 2017 à l'OAI, ce médecin a noté une amélioration clinique minime, tout en relevant que l'équipe de psychiatrie avait en outre diagnostiqué un épisode dépressif sévère. Il a ainsi mentionné que l'évolution pendant les trois semaines d'hospitalisation avait été fluctuante tant au niveau des douleurs que des performances physiques. Il a conclu à une capacité de travail, du point de vue strictement musculo-squelettique, entre 40 et 50% dans un poste strictement léger, n'impliquant pas de port de charges, ni de position en porte-à-faux et lui permettant d'alterner les positions. La capacité de travail était, selon lui, nulle dans toute activité en tenant compte de l'état psychologique d'alors de l'assurée.

Dans un rapport du 13 août 2017 à l'OAI, le Dr B._____ a signalé que la prise en charge au Centre hospitalier K._____ n'avait pas permis une résolution totale des douleurs mais que l'évolution était favorable sur le plan psychologique. Il a conclu à une capacité de travail toujours nulle dans l'activité habituelle compte tenu des limitations fonctionnelles demeurant en lien avec l'exacerbation persistante des rachialgies et des brachialgies lors d'efforts même légers. La capacité de travail était également nulle dans une activité adaptée en raison de l'intensité des douleurs qui ne permettait pas d'envisager en l'état une telle activité.

Par avis du 4 septembre 2017, le Dr L._____ du Service médical régional AI (SMR) a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique, dans la mesure où les rapports médicaux faisaient état d'avis contraires, sur une courte période, au sujet de l'état psychique de l'assurée et où la situation clinique au niveau somatique était peu claire avec des douleurs et des plaintes en décalage avec le substrat somatique.

L'expertise en question a été confiée au Centre d'expertises N._____ ([...]). Selon leur rapport du 27 novembre 2018, les Drs V._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de même que le Dr P._____, médecin praticien, ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis l'âge de 35 ans, d'agoraphobie sans trouble panique (F40.00) depuis plusieurs années, de cervico-dorso-lombalgies dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, de diabète de type 2, de neuropathie cubitale gauche chronique et de syndrome d'apnées-hypopnées de type obstructif de degré moyen. A titre de limitations quant aux capacités fonctionnelles de l'assurée, les experts ont relevé des difficultés partielles sur le plan relationnel à cause de l'accentuation de certains traits de personnalité, et dans les lieux publics en raison de l'agoraphobie. Ils ont retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle.

Dans un avis du 11 février 2019, la Dre R._____ du SMR a mentionné qu'il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions des experts.

Par projet de décision du 21 mars 2019, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, dès lors que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité (AI) et ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Le 11 juin 2019, l'assurée a indiqué qu'elle souhaitait contester le projet précité et qu'elle était dans l'attente de nouveaux rapports médicaux.

Dans un rapport du 5 juillet 2019, le Dr T._____ a écrit que la patiente présentait des rachialgies ainsi que des douleurs cervico-scapulaires bilatérales, sans évidence pour une irritation radiculaire mais plutôt avec une tendomyogélose en chaîne tout particulièrement au niveau du membre supérieur gauche au niveau de la musculature scapulaire, s'étendant au niveau du biceps et de l'avant-bras. Il a constaté

des troubles sensitifs positifs et négatifs dans le territoire du cubital des deux côtés, correspondant à une irritation relativement modérée sur le plan moteur sans répercussion puisqu'il n'y avait pas de véritable faiblesse mais surtout des lâchages antalgiques et que l'électromyogramme réalisé ne montrait pas de signes neurogènes. Il a confirmé, dans un rapport du 19 août 2019, qu'il n'existait aucune atteinte neurologique sous-jacente.

Dans un rapport du 26 septembre 2019, la Dre J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assurée, a mentionné que la patiente présentait un tableau polymorbide avec des douleurs musculo-squelettiques depuis de nombreuses années (douleurs des ceintures scapulaires et pelviennes associées à des rachialgies chroniques invalidantes, neuropathie cubitale bilatérale avec atteinte sensitive marquée à gauche), un syndrome métabolique avec diabète de type II contrôlé, une hypertension artérielle, une dyslipidémie ainsi qu'une obésité, ainsi que d'importants troubles dépressifs ancrés depuis de nombreuses années et limitant ses capacités fonctionnelles. Une capacité de travail nulle était retenue. A son rapport, était notamment joint un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 17 mai 2019 faisant état de discopathies à tous les niveaux lombaires avec dessiccations et perte de hauteur du disque, sans compression radiculaire, ni canal lombaire étroit.

Dans un rapport du 11 octobre 2019, le Dr C._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin d'urgence auprès de l'Hôpital de [...], a exclu une indication chirurgicale et recommandé une prise en charge physique avec si possible perte de poids importante, assouplissement de la colonne, reconditionnement des muscles lombaires postérieurs et des muscles thoraciques. Il a proposé de continuer la stimulation magnétique transcrânienne, tout le reste des traitements proposés ayant été inefficace, d'arrêter progressivement la prise d'opiacés qui n'avaient pas leur place dans les douleurs présentées par la patiente et qui pouvaient avoir un rôle négatif sur la thymie.

Dans un rapport du 21 novembre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité (F60.6) avec notamment un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, de troubles douloureux (F45.4), ainsi que d'état dépressif (F41.2). Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de femme de ménage mais a relevé que sa patiente désirait travailler et devrait ainsi bénéficier d'une évaluation de ses compétences professionnelles.

Dans un avis SMR du 3 décembre 2019, la Dre R._____ a relevé que les rapports produits (rapport du 26 septembre 2019 de la Dre J._____ et rapport du 21 novembre 2019 du Dr Q._____), y compris les rapports de consultations spécialisées réalisées en 2019, n'apportaient pas d'éléments nouveaux objectifs susceptibles de modifier les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____.

Par décision du 12 décembre 2019 confirmant le projet du 21 mars 2019, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée et de mettre sur pied des mesures professionnelles, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

B. Le 20 janvier 2020, l'assurée a recouru contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente en sa faveur depuis le 1^{er} novembre 2016. Elle fait valoir que, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI, elle est en incapacité de travail pour une longue durée.

Par réponse du 9 juillet 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, relevant que le rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____, dans lequel les médecins avaient conclu à une capacité de travail entière de la recourante, remplissait toutes les conditions prévues par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Répliquant le 14 août 2020, la recourante a produit plusieurs pièces médicales dont :

- trois rapports du Dr C._____ datés des 15 mai 2020, 27 mai 2020, et 12 août 2020 ;
- un rapport d'oeso-gastro-duodenoscopie (OGD) du 14 août 2020;
- deux rapports en portugais, l'un de cintigraphie osseuse daté du 31 juillet 2020, l'autre de densimétrie osseuse daté du 4 août 2020;
- un rapport du 14 mai 2020 du Prof. F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de service au sein du [...] ;
- deux ordonnances d'aide au ménage des 29 septembre 2019 et 13 janvier 2020 émanant du médecin-traitant, ainsi qu'une décision de contribution à l'aide au ménage du 30 décembre 2019 de G._____SA.

Par duplique du 8 septembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions, en se fondant sur un avis SMR du 3 septembre 2020, indiquant que les pièces médicales produites par la recourante n'apportaient pas de nouveaux éléments objectifs susceptibles de modifier sa position.

La recourante a encore fait parvenir en date des 6 et 12 octobre 2020 une lettre résumant sa vie, intitulée « demande pour expertise physique (sic) ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au

moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4. 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 ; TF 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 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

c/aa) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

bb) 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).

cc) 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).

5. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise du Centre d'expertises N. _____ du 27 novembre 2018 pour considérer que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle.

b/aa) Sur le plan somatique, les experts ont retenu le diagnostic de cervico-lombalgies dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux. On relèvera, à cet égard, que la hernie discale cervicale en C4-C5 a été découverte de manière fortuite, lors de l'IRM cervicale du 16 mars 2016 et, partant, décrite comme asymptomatique. Or une telle atteinte comprimerait la racine C5 qui s'est révélée normale. Le nerf cubital (ulnaire) mentionné dans plusieurs rapports médicaux dépend de la racine C7 qui émerge de l'espace C8-D1 et qui ne peut donc être concerné. L'atteinte du nerf cubital gauche ne peut qu'être mineure, dans la mesure où une compression de ce nerf affecte assez rapidement et précocement la musculature des muscles interosseux dorsaux de la main, en particulier le premier qui permet la pince index-pouce. Il serait donc difficile à la recourante de tricoter ou de broder au point de croix comme elle le rapporte, même chez une droitère. L'expert rhumatologue a en particulier mentionné que la seule anomalie qui pouvait être relevée était celle d'un ancien tassement de D7, vraisemblablement dans le cadre d'un accident dans l'enfance ainsi que des troubles dégénératifs mineurs tout à fait en rapport avec l'âge. Le tassement mentionné n'a en tout état de cause pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante. L'expert rhumatologue a observé quelques signes d'autolimitation à l'examen clinique et un testing contre résistance bien tenu ce qui était rassurant. Il a ainsi retenu que, sur le plan rhumatologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail à retenir et que l'expertisée était à même de travailler dans son activité habituelle de femme de ménage, relevant qu'elle avait travaillé chez sept employeurs différents et que ces différents postes de travail lui permettaient d'avoir une activité variée, non répétitive où le port de

charges et les activités en porte-à-faux ne se répétaient pas toute la journée.

bb) Sur le plan de la médecine interne, aucun diagnostic incapacitant n'a été mis en évidence. L'expert a tout de même relevé qu'il existait un véritable syndrome métabolique, avec obésité de classe 1, diabète et dyslipidémie, ainsi que l'existence de chiffres tensionnels à la limite haute et qu'une prise en charge par son médecin traitant de ces différentes pathologies était nécessaire. Il a également constaté une neuropathie cubitale gauche chronique mais dont l'expertisée s'était bien accommodée, ainsi qu'un syndrome d'apnées-hypopnées de type obstructif de degré moyen qui nécessitait la mise en place d'un appareillage CPAP [Continuous positive airway pressure, soit en français : ventilation en pression positive continue]. Ces diagnostics n'étaient toutefois pas invalidants.

cc) En l'occurrence, force est de constater que les rapports d'expertise rhumatologique et de médecine interne remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. En effet, ils se fondent sur des examens cliniques complets, tiennent compte des plaintes de la recourante et ont été établis en pleine connaissance du dossier, les pièces médicales ayant été énumérées et résumées. Ils portent en outre une appréciation sur l'ensemble de la situation médicale de la recourante et comportent des conclusions bien motivées.

c) Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis l'âge de 35 ans et d'agoraphobie sans trouble panique (F40.00) depuis plusieurs années ont été retenus. Ces diagnostics ont été posés dans les règles de l'art, conformément à la classification internationale des maladies (CIM). L'expert psychiatre a en particulier indiqué pour quelles raisons il s'écartait du diagnostic précédemment retenu par le Dr Q._____, en particulier s'agissant de l'épisode dépressif. En effet, les symptômes résiduels présents chez la recourante au jour de l'expertise étaient

insuffisants pour justifier un tel diagnostic et devaient être intégrés au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Elle ne présentait par ailleurs pas de troubles anxieux hormis une agoraphobie de longue date mais stable qui ne la limitait pas dans son activité professionnelle habituelle, ni de troubles de la personnalité. Tout au plus, pouvait-on retenir une accentuation de certains traits de la personnalité dans le registre émotionnellement labile. L'expert a en outre expliqué que la recourante avait développé un syndrome douloureux somatoforme dès l'âge de 35 ans dans le contexte d'une situation psycho-sociale difficile en rapport avec des conflits conjugaux lors de son premier mariage et qu'il existait un sentiment de détresse, condition nécessaire au sens de la CIM-10 pour retenir un syndrome somatoforme douloureux. L'expert a estimé que le diagnostic retenu n'était pas source d'incapacité de travail. Il a également tenu compte de la personnalité de la recourante, a examiné ses ressources, les jugeant bonnes, tant au niveau personnel qu'externe, et s'est également prononcé sur la cohérence en ce sens qu'il a relevé un décalage entre l'absence de gravité des troubles psychiques dans le contexte d'un syndrome douloureux somatoforme et l'importance des limitations dans les activités de la vie quotidienne. Il y a ainsi lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr X._____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence applicable en matière de troubles somatoformes douloureux pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) A cet égard, les différents avis des médecins consultés par la recourante ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions auxquelles sont parvenus les experts, tant du point de vue somatique que psychiatrique, lesquelles ont été consignées dans un rapport d'évaluation consensuelle.

En effet, le Dr T._____ a confirmé la présence d'une neuropathie cubitale positionnelle bilatérale sans répercussion sur la capacité de travail (cf. rapport du 5 juillet 2019), diagnostic qui a été pris en compte dans l'expertise du Centre d'expertises N._____. Dans son rapport du 19 août 2019, il a fait état d'une péri-arthropathie des hanches

avec pseudo sciatalgies bilatérale avec une examen électrophysiologique normal, sans atteinte neurologique « sans déficit sensitif et sans déficit moteur ». On ne peut ainsi rien tirer de ces deux rapports.

La Dre J._____, médecin-traitant, a, pour sa part, mentionné des fibromes utérins symptomatiques avec carence en fer sur métrorragie depuis septembre 2019 (cf. rapport du 26 septembre 2019). A cet égard, la Dre R._____ du SMR a relevé que ces problèmes de santé n'engendraient habituellement pas de limitations fonctionnelles durables avec un traitement conservateur et/ou chirurgical. La Dr J._____ a également fait état d'une neuropathie cubitale bilatérale qui, selon elle, limitait les activités fonctionnelles, sans apporter plus de précisions. Quant à la péri-arthropathie des hanches avec pseudo sciatalgies bilatérales, elle entrainait dans le cadre du syndrome douloureux somatoforme considéré comme étant non invalidant par les experts du Centre d'expertises N._____. Le rapport d'IRM lombaire réalisée le 17 mai 2019, produit avec le rapport de la Dre J._____, montrait des discopathies cervico-dorso-lombaire et un tassement ancien en D7, déjà décrits dans une IRM cervico-dorso-lombaire du 13 novembre 2017 et pris en compte dans le rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____. Il ne figure en outre aucune comparaison des images de l'IRM du 17 mai 2019 avec le bilan antérieur, si bien que l'on ne peut rien non plus déduire de ce document.

Le Dr C._____ n'a pas non plus amené d'élément médical objectif nouveau dans son rapport du 11 octobre 2019, où il a repris tout l'historique médical de la recourante et s'est limité à évoquer les diverses démarches (stimulation magnétique transcrânienne, infiltrations péri-durales, traitement de TENS [Electrical Nerve Stimulation, soit, en français : neurostimulation électrique transcutanée] effectuée par la recourante. Dans le cadre du recours, la recourante a produit de nouveaux rapports médicaux du DrC._____ (cf. rapports des 15 mai 2020, 27 mai 2020 et 12 août 2020). Dans celui du 15 mai 2020, ce médecin a décrit le plan de prise en charge thérapeutique, fait état de douleurs thoraciques en lien avec des remaniements de type Modic II et s'est référé à une IRM dont le rapport n'a pas été joint. Dans le rapport du 27 mai 2020, le Dr

C._____ a relaté le protocole d'une injection épidurale effectuée au niveau thoracique qui avait soulagé la patiente déjà quelques minutes après l'injection. Enfin, dans le rapport du 12 août 2020, il a repris les éléments invoqués dans son précédent rapport du 11 octobre 2019, sans toutefois amener d'éléments médicaux objectifs nouveaux.

Le Dr Q._____, psychiatre-traitant, n'a pas non plus fait état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés des experts du Centre d'expertises N._____ (cf. rapport du 21 novembre 2019). Il a procédé à une appréciation différente d'un même état de fait médical, impropre à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____. En outre, on observe certaines contradictions dans le rapport du Dr Q._____ lorsqu'il mentionne par exemple que la patiente ne peut plus marcher depuis l'âge de 35 ans alors qu'elle a travaillé comme femme de ménage jusqu'en 2016 et promène son chien une heure dans la nature selon le rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____.

Le rapport d'oeso-gastro-duodenoscopie daté du 14 août 2020, produit par la recourante dans le cadre du recours, a mis en évidence la présence d'une hernie hiatale qui, selon la Dre R._____ du SMR, n'engendrait habituellement pas de limitations fonctionnelles avec un traitement médicamenteux.

La recourante a encore produit un rapport en portugais de densitométrie osseuse du 4 août 2020, concluant à des valeurs dans les limites de la norme. Quant au rapport, également en Portugais, de scintigraphie osseuse du 31 juillet 2020, il a fait état d'atteintes déjà connues et mentionnées dans le rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____, tout en décrivant un squelette sans altération significative. L'experte rhumatologue a en particulier relevé, à l'examen clinique des membres supérieurs, des douleurs aux coudes à la palpation des épicondyles et épitrochlées des deux côtés, prédominant à gauche, provoquant de ce côté-ci des dysesthésies des deux derniers doigts de la main gauche, sans qu'il y ait présence de synovite ou de bursite. Elle a en

autre constaté, à l'examen neurologique, un bon tonus aux quatre membres, une bonne force aux quatre membres et, notamment, à la main gauche, à part une discrète diminution au touché-piqué des deux derniers doigts de cette main ainsi qu'une bonne sensibilité aux quatre membres. Quant à l'expert praticien, il a indiqué que l'expertisée se plaignait d'un engourdissement de la partie cubitale de la main gauche mais que cette affection ne l'empêchait pas de vivre correctement, ni d'utiliser cette main de façon adéquate.

Enfin, dans un rapport du 14 mai 2020, le Prof. F._____, a indiqué que la consultation avait consisté en un dialogue et des explications sur la maladie de la patiente et ses traitements actuels, si bien que ce rapport n'apporte aucun élément médical nouveau et ne permet pas de remettre en cause les conclusions des experts du Centre d'expertises N._____.

On relèvera encore que les deux ordonnances d'aide au ménage, datées des 29 septembre 2019 et 13 janvier 2020 émanant des médecins-traitants de la recourante ne sont pas déterminantes pour se prononcer sur son état de santé au regard de l'AI et, partant, sur sa capacité de travail. D'ailleurs, la contribution à l'aide au ménage est octroyée par l'assurance complémentaire des soins pour une durée limitée sur la base d'un simple certificat médical, étant précisé qu'au-delà de cette durée, un rapport médical doit être soumis à l'examen du service médical de l'assureur concerné pour déterminer si la poursuite de la prise en charge de l'aide en question est nécessaire (cf. décision du 30 décembre 2019 de G._____SA). Les documents produits par la recourante n'apportent dès lors rien de plus du point de vue médical et sont insuffisants pour remettre en cause les conclusions des experts qui ont procédé à une analyse fouillée et à une appréciation globale de la situation médicale de la recourante.

d) En conclusion, le rapport d'expertise du Centre d'expertises N._____ du 27 novembre 2018 ayant pleine valeur probante, il faut retenir, avec l'intimé, que la recourante dispose d'une pleine capacité de

travail dans son activité habituelle, si bien que le droit à des prestations n'est pas ouvert.

6. a) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'occurrence, le dossier comporte les éléments utiles permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'il n'y pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction (mise en œuvre d'une nouvelle expertise) requise par la recourante.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 12 décembre 2019 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 d'M. _____.

- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- M. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :