

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> novembre 2010

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Bonard et Gasser, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Sébastien Pedroli,  
avocat à Fribourg,

et

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

---

**Art. 6ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), iranienne, née en 1958, arrivée en Suisse en 1991, titulaire d'un permis B depuis 1996, a présenté une première demande de prestations AI au mois de juin 1998. Elle indiquait souffrir de problèmes ophtalmologiques. Selon décision du 5 janvier 1999, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande au motif que l'invalidité était survenue à une époque où l'assurée n'était pas encore assujettie à l'AI suisse. Durant les années 1990, l'assurée n'avait pas exercé d'activité lucrative, s'occupant de son ménage, respectivement de l'éducation de ses deux filles. Depuis la mi-janvier 2001, elle a travaillé durant quelques années à temps partiel (environ 10 heures par semaine) en qualité de nettoyeuse pour le compte de l'entreprise [...] SA.

**B.** Le 2 novembre 2001, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations AI. En sus de ses problèmes ophtalmologiques, elle invoquait des douleurs lombaires constantes ainsi que diverses autres affections dont un état dépressif. A l'occasion de l'instruction du cas, l'OAI a recueilli différents avis médicaux des médecins traitant (ophtalmologue, rhumatologue et neurologue). Selon rapport médical de décembre 2001 du rhumatologue de l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_\_, les diagnostics avec des répercussions sur la capacité de travail étaient les suivants:

" - Lombosciatalgies chroniques sur discopathie étagée L3-S1 avec protrusions discales L4-L5.  
- Etat dépressif chronique existant depuis 10 ans."

Dans un rapport médical du 20 mai 2003, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et médecin associé au [...], a diagnostiqué l'existence depuis plusieurs années, de céphalées chroniques quotidiennes et d'un état dépressif ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente.

Sur mandat de l'OAI, selon rapport d'expertise du 22 mars 2004, le Dr A.\_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjoint au [...], FMH en

médecine interne et spécialiste des maladies rhumatismales, s'est prononcé comme il suit sur les limitations de la capacité de travail de l'assurée:

#### "A4 Diagnostics

A.4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Détachement de la rétine de l'œil gauche en 2001.

Lombalgies chroniques depuis 1996. Troubles dégénératifs de la colonne lombaire.

Comportement algique particulier dans le cadre d'un état dépressif réactionnel, probablement depuis 1991.

Céphalées chroniques depuis une dizaine d'années environ.

Syndrome rotulien bilatéral.

Troubles statiques plantaires.

Discrète atteinte compressive du nerf médian au canal carpien droit depuis 2002.

A.4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Cataracte juvénile opérée en 1998 à droite et 2002 à gauche avec xérophtalmie.

Obésité.

[...]

B1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

B.1.1 au plan physique

Les limitations subjectives ont été décrites sous A2, les limitations objectives ont été décrites sous A3. Les limitations à respecter en rapport avec les troubles organiques susmentionnés consistent à éviter le port de charges, les stations en flexion et/ou rotation du tronc ainsi que les longs déplacements. Pour le problème oculaire, l'activité professionnelle doit éviter les contacts avec des produits irritants pour les yeux, et également les efforts qui risqueraient de favoriser une récurrence de détachement rétinien.

B.1.2 au plan psychique et mental

Comme mentionné dans la discussion, l'assurée présente des symptômes d'un état dépressif, vraisemblablement réactionnel aux problèmes physiques et psychiques qu'elle a endurés depuis les années 80 déjà. Une expertise psychiatrique me paraît tout à fait indispensable pour juger de la répercussion des problèmes psychologiques sur la capacité de travail.

[...]

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

[...] Comme mentionné dans la discussion, le problème ophtalmologique ne semble plus entraîner actuellement d'incapacité de travail, pour autant que l'assurée puisse avoir une activité exempte de poussière de produits corrosifs.[...]

B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au vu de ce qui précède, je pense que l'on peut retenir une incapacité de travail comme nettoyeuse de 75% à partir du 01.11.2000, puis de 100% à partir du 09.03.01 jusqu'au 20.05.02.

L'appréciation de la capacité de travail à partir du 21.05.02 est difficile.

A mon avis les atteintes organiques susmentionnées justifient depuis cette date une incapacité de travail de 50%, y compris dans un travail de nettoyeuse, pour autant que cette activité ne nécessite pas le port de charges trop lourdes ni des atmosphères irritantes

pour les yeux. Les céphalées chroniques sont à mettre à mon avis en relation avec l'état dépressif, et une expertise psychiatrique devrait déterminer si les problèmes psychologiques justifient également une incapacité de travail complémentaire à celle justifiée par les problèmes somatiques. [...]

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

Oui, sur le plan somatique, toute activité évitant les ports de charges lourdes au-delà de 10 kg, les stations assises ou debout immobiles, les flexions et/ou rotations du tronc, ainsi que les atmosphères irritantes pour les yeux, pourrait être exercée à un taux que j'estime à 80%, tenant compte d'une diminution de rendement éventuelle en raison des douleurs lombaires.

La capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan somatique doit être évaluée sur le plan psychologique par une expertise psychiatrique."

L'examen psychiatrique du 12 juillet 2004 réalisé par le SMR en la personne de la Dresse E. \_\_\_\_\_, psychiatre ainsi qu'en présence du Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, s'est prononcée comme suit sur le cas soumis :

"[...]

Appréciation du cas

[...]

Notre examen clinique psychiatrique ne montre pas de dépression majeure, de décompensation psychotique invalidante et sa capacité de travail exigible est entière. Nous avons retenu le diagnostic de difficultés d'adaptation, sans aucune incidence sur la capacité de travail."

Un stage d'observation a été mis en œuvre par l'OAI dans le but de déterminer dans quel type d'activité, l'assurée se trouvait en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail de 80% (selon expertise précitée du Dr A. \_\_\_\_\_). Suite à un stage de trois semaines, le rapport du 16 mars 2006 du centre ORIPH-COPAI (actuellement: ORIF) d' [...] a retenu ce qui suit:

"5. DISCUSSION

[...]

Dans les ateliers et face aux machines, l'assurée annonce d'emblée des freins à la réalisation de toutes les activités que nous lui avons proposées. Elle évoque ainsi tantôt les douleurs à son poignet, sa vue déficiente, son mal au ventre ou son mal de tête. [...]

Seules des activités très simples et répétitives peuvent être confiées à Mme U. \_\_\_\_\_. Ses rendements oscillaient entre 15 et 45% et étaient fortement pénalisés par le porte de son attelle. Le rendement le plus élevé observé, soit 45%, ne satisfait pas à une norme de qualité économiquement acceptable.

## 6. CONCLUSION

Tout au long de cette expertise, notre équipe d'observation s'est heurtée au port de l'attelle de Mme U.\_\_\_\_\_, ce fait diminuant fortement ses rythmes et qualités d'exécution. En l'état actuel, l'ensemble des observations réalisées nous induisent à penser que cette personne se montre aujourd'hui que très difficilement employable dans le monde industriel malgré une relative amélioration de l'utilisation de son membre supérieur gauche en seconde partie du stage. Selon l'avis de notre médecin-conseil, d'autres facteurs interfèrent dans cette situation (fibromyalgie et surcharge psychogène) et devraient être approfondis sur le plan médical."

Le 17 août 2006, sur mandat de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et M. X.\_\_\_\_\_, psychologue FSP et neuropsychologue ont rédigé un rapport d'expertise psychiatrique. Ces praticiens n'ont pas retenu de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. S'agissant de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils se sont prononcés à la faveur d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 - CIM-10). S'agissant de la capacité résiduelle de travail, les experts se sont prononcés en ces termes:

"1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Sur le plan physique, l'expert psychiatre se fie aux compétences médicales du Docteur A.\_\_\_\_\_ qui, dans son expertise médicale du 22 mai 2004, retient une activité professionnelle exigible à 80% dans un travail adapté.

Au plan psychique et mental

Sur le plan psychique et mental, bien qu'un substrat organique soit présent, l'importance des algies reste dans le domaine du subjectif et n'entraîne pas de handicaps aussi importants que les verbalise Madame U.\_\_\_\_\_.

[...]

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

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

Madame U.\_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome douloureux somatoforme qui par définition ne peut pas être entièrement expliqué par les bases organiques. Sa personnalité immature à traits dépendants lui permet de se retrancher dans un statut d'invalidé qui se majore de jour en jour, lui faisant croire à une invalidité extrême. Cela n'est évidemment pas le cas. L'interaction du syndrome douloureux somatoforme et des traits de personnalité génère un manque de motivation certain à la reprise de travail en raison d'un sentiment d'invalidité massif. Elle ne peut alors imaginer avoir à faire un effort physique, comme elle devrait le faire dans une activité nécessitant peu de qualifications.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail?

Pour [des] motifs purement psychiatriques, l'expert ne peut rien faire d'autre que de reconnaître une capacité résiduelle de travail de 100%, soit huit heures par jour. Comme nous l'avons vu ci-dessus, il n'y a pas de diagnostics ayant une répercussion sur l'activité professionnelle.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

D'un point de vue purement psychiatrique, on ne peut pas relever de maladie invalidante dans une tâche de nettoyeuse. Certes, Madame U.\_\_\_\_\_ a un petit niveau d'acquisition, peu de ressources cognitives mais cela étant, on ne peut pas en faire un diagnostic pathologique médical. Son activité professionnelle de nettoyeuse est exigible de sa part à 100%, soit huit heures par jour, d'un point de vue psychiatrique.

2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

D'un point de vue psychiatrique, on ne peut pas réellement mettre en exergue d'altération du rendement professionnel. Tout au plus, 10 à 15% de diminution du rendement peuvent être envisagés dans le sens où l'intéressée peut être préoccupée par ses algies et donc se montrer moins disponible à l'activité professionnelle.

[...]

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui. Pour des raisons psychiatriques, Madame U.\_\_\_\_\_ peut s'adapter à son environnement professionnel. Aucune structure psychiatrique ne permet de dire le contraire. Il n'y a pas de dysfonctionnement cognitif à signaler et donc, aucune limitation à envisager. Cela signifie qu'elle ne présente pas de trouble psychique significatif avec une répercussion sur l'activité professionnelle. Elle peut s'adapter à son environnement professionnel pour autant que celui-ci lui soit adapté, à savoir à ses rendements cognitifs et à son niveau d'acquisition du français.

[...]

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

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

D'un point de vue psychiatrique, comme il a été précédemment mis en exergue au point 2.1, une activité physique légère adéquate avec les restrictions rhumatologiques va permettre à l'intéressée de ressentir une diminution subjective des algies. Le lieu de travail devra être un univers peu réflexif et plutôt manuel sans port de charges. Elle ne présente pas de compétences cognitives très élevées et n'a pas eu la possibilité de suivre une formation particulière. Les antécédents de décollement rétinien, troubles dégénératifs du rachis dorsal et lombaire restent peu importants par rapport à l'ampleur de la gêne fonctionnelle annoncée. Son activité professionnelle ne devra pas lui laisser l'impression de devoir porter des charges lourdes. [...]"

Un avis médical SMR du 20 octobre 2006 du Dr N.\_\_\_\_\_, généraliste, précisait qu'au vu du rapport d'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ et de M. X.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux

persistant non invalidant faute de co-morbidité psychiatrique, ni trouble de personnalité prémorbide voire perte d'intégration sociale dans tous les domaines de la vie. Selon ce praticien, les performances observées lors du stage auprès du centre ORIPH-COPAI ne s'expliquaient pas par une atteinte à la santé avec valeur d'invalidité mais essentiellement par des facteurs extra-médicaux.

Par projet de décision du 29 juin 2007, l'OAI a fait savoir qu'il ne pourrait donner une suite favorable à la demande de l'assurée. Reprenant la teneur des conclusions de l'expertise du 22 mars 2004 du Dr A. \_\_\_\_\_, l'Office AI a considéré qu'une activité légère de substitution à 80% était exigible de la part de son assurée. Se référant aux données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS), après avoir pris en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles sous la forme d'un abattement de 15%, l'OAI a retenu qu'après comparaison des revenus annuels avec et sans invalidité raisonnablement exigibles, le degré d'invalidité s'élevait à 32%, soit à un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

Le 23 août 2007, l'OAI a rendu une décision formelle reprenant en tous points la teneur de son projet de décision dans le sens du rejet de la demande de l'assurée.

**C.** Par acte du 20 septembre 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances, invoquant une violation de son droit d'être entendu motif pris, qu'aucun délai ne lui avait été accordé par l'OAI afin de faire part de ses déterminations sur le projet de décision du 29 juin 2007.

Par jugement du 20 février 2008, le Tribunal cantonal des assurances a admis le recours de l'assurée, cassé – pour déni de justice formel – la décision formelle du 23 août 2007 et renvoyé la cause à l'Office AI pour nouvelle décision.

Après réexamen du dossier par le SMR, du point de vue médical, il a été admis qu'il se justifiait de maintenir l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée telle que celle-ci ressortait du rapport SMR datant de la mi-juillet 2004. L'OAI a communiqué à l'assurée un nouveau projet de décision du 1<sup>er</sup> décembre 2008 rejetant sa demande. En substance, l'OAI a retenu qu'aucun élément médical nouveau n'était susceptible de modifier ses conclusions, admettant l'existence d'une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Partant, le degré d'invalidité était de 32%. Une décision formelle de refus de rente d'invalidité du 26 janvier 2009 a ensuite été adressée à l'assurée.

**D.** Le 26 février 2009, l'assurée forme recours contre la décision précitée. Elle conclut principalement à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 20 février 2008 et, subsidiairement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre.

Le 8 juillet 2009, dans sa réponse, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision contestée.

Le 28 octobre 2009, invitée à se déterminer, la recourante informe qu'elle n'a pas de remarques particulières à formuler. Elle produit un certificat médical daté du 24 août 2009 de son généraliste, le Dr M.\_\_\_\_\_, attestant qu'elle se trouve toujours en incapacité de travail en raison de sa santé déficiente (migraines récurrentes, dépression nerveuse, lombalgies chroniques avec sciatalgie et troubles de la vision). Elle maintient ne pas être capable d'exercer une activité et qu'à défaut de l'octroi immédiat d'une rente, une expertise pluridisciplinaire s'avère nécessaire.

#### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales,

RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA.

L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujette à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Interjeté le 26 février 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** La décision attaquée rejette la demande de rente AI. Le recours tend à l'annulation de la décision de l'OAI du 26 janvier 2009 en ce sens qu'une rente entière d'invalidité soit octroyée à compter du 20 février 2008 et le cas échéant, à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre.

Sous un premier grief, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu dans la décision attaquée, qu'elle présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à son état de santé. D'une part, un tel constat médical serait erroné dans la mesure où il ressort en particulier des observations du rapport ORIPH-COPAI que la recourante ne peut produire qu'un rendement de 15 à 45%, rendement alors largement insuffisant pour pouvoir travailler. D'autre part, le cas n'aurait pas été suffisamment instruit de sorte qu'en l'absence de données médicales précises récentes et portant sur les aspects psychologiques et physiques,

la rente AI ne saurait être refusée sans qu'une expertise pluridisciplinaire, en particulier psychiatrique, ne soit préalablement mise en œuvre.

La recourante fait également grief à l'intimé, pour la détermination de son taux d'invalidité, de s'être basé sur des activités raisonnablement exigibles inexistantes compte tenu de ses limitations fonctionnelles. En d'autres termes, il n'existerait en réalité aucune activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles affectant la recourante.

**b)** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité, le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**c)** 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). 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2, I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2).

**d)** 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). 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 et la référence citée; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C\_658/2008, 8C\_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**3. a)** Sur le plan médical, le dossier transmis comporte trois expertises. Parmi celles-ci, la réalisation de deux expertises ont été confiées par l'intimé à des mandataires externes indépendants, savoir d'une part, l'expertise somatique du Dr A. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2004 et d'autre part, l'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ et de M. X. \_\_\_\_\_ du 17 août 2006. A l'instar de l'appréciation de l'intimé sur ce point, force est de constater que ces deux expertises satisfont les exigences pour se voir attribuer valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 2d supra). L'expertise somatique réalisée par le Dr A. \_\_\_\_\_ se base en effet sur l'examen du dossier médical de la recourante, un examen clinique, l'étude du dossier radiologique et des renseignements complémentaires fournis par les médecins traitants, il dresse une anamnèse détaillée du cas, prend en compte les plaintes et données subjectives de la recourante, pose des diagnostics clairs, discute en détail l'appréciation du cas (avec pronostics) et finalement indique les incidences de l'état de santé sur la capacité de travail. Quant au contenu de l'expertise psychiatrique du Dr C. \_\_\_\_\_ et de M. X. \_\_\_\_\_, il repose sur un examen complet du dossier médical de la recourante, brosse une anamnèse, relate les plaintes de l'expertisée, décrit un status clinique après examen, pose des diagnostics selon classification CIM-10, discute l'appréciation du cas et finalement se prononce sur l'influence des atteintes sur la capacité de travail. Ces deux expertises ont de surcroît fait l'objet d'appréciations du SMR (cf. avis SMR des 15 avril 2004 et 20 octobre 2006), de sorte que leurs conclusions

respectives ont été examinées et discutées puis finalement partagées par les médecins du SMR.

Les diagnostics invalidants retenus par l'expert rhumatologue n'apparaissent pas en contradiction avec ceux posés tant par le rhumatologue traitant, le Dr V.\_\_\_\_\_, que par le neurologue de la recourante, le Dr F.\_\_\_\_\_. Les différents experts indépendants mandatés par l'OAI n'ont de surcroît pas rédigé de rapports comportant des conclusions opposées. Au contraire, dans leur rapport psychiatrique, s'agissant de l'incidence des troubles constatés au plan physique, le Dr C.\_\_\_\_\_ et M. X.\_\_\_\_\_ renvoient "aux compétences médicales du Docteur A.\_\_\_\_\_ qui, dans son expertise médicale du 22 mai 2004, retient une activité professionnelle exigible à 80% dans un travail adapté".

La "forte dégradation de santé" intervenue depuis l'établissement des différents rapports ou expertises au dossier dont se prévaut la recourante, n'est pas médicalement documentée. Le certificat médical du Dr M.\_\_\_\_\_ (généraliste traitant) du 24 août 2009 se limite à relever que la recourante se trouve toujours en incapacité de travail en raison de sa santé déficiente. Nonobstant le fait que par l'imprécision de son contenu, ce certificat ne satisfait pas les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (cf. consid. 2d supra), l'on ne saurait en inférer une quelconque péjoration de l'état de santé de la recourante.

A l'occasion du stage d'observation au centre ORIPH-COPAI, un bas rendement (15 à 45%) a été relevé dans l'exercice d'activités très simples et répétitives. Etant rappelé d'une part, que sur le plan somatique, le Dr A.\_\_\_\_\_ s'est prononcé en faveur d'une capacité de travail résiduelle de 80 % dans une activité adaptée ou de 50% dans celle de nettoyeuse et que, d'autre part, les experts psychiatres (le Dr C.\_\_\_\_\_ et M. X.\_\_\_\_\_) ont eux retenu une diminution de rendement de 10 à 15% maximum, il en résulte une grande disparité entre les taux de rendement constatés par les responsables du centre ORIPH-COPAI. Selon l'avis médical SMR du 20 octobre 2006 rédigé par le Dr N.\_\_\_\_\_, au regard de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant non invalidant

diagnostiqué par les experts psychiatres, les baisses de performances observées lors du stage ORIPH-COPAI n'ont pas une origine médicale mais sont liées à d'autres facteurs. A lecture des conclusions et de la discussion du rapport ORIPH-COPAI, il appert que dès qu'elle s'est trouvée face aux machines, la recourante s'est plainte de douleurs restreignant d'emblée la réalisation de quelque activité qui lui a été proposée. Ce rapport souligne en particulier que le port d'une attelle par la recourante a eu pour incidence, qu'en première moitié de stage, l'intéressée n'a pas fait usage de sa main gauche appareillée. Le port de cette attelle a indubitablement - ainsi que l'ont eux-mêmes noté les responsables du stage - eu pour incidence de fortement diminuer tant la qualité d'exécution que le rythme des travaux réalisés par la recourante en atelier.

A l'aune de ces considérations, et compte tenu de la nuance apportée par la jurisprudence en présence de divergences entre constatations de médecins et celles effectuées à l'occasion d'un stage d'observation (cf. consid. 2c in fine supra), l'avis SMR du Dr N. \_\_\_\_\_ ne peut qu'être partagé par la Cour. Le rendement de l'ordre de 15 à 45% tel que décrit par les responsables du centre ORIPH-COPAI a en effet fortement été influencé par des circonstances extérieures, non médicales (port d'une attelle, attitude non coopérative de la recourante). Les observations effectuées durant le stage d'observation ne restituent dès lors pas fidèlement les incidences, sur la capacité de travail résiduelle, de la situation médicale de la recourante. Les constatations rapportées par les responsables du centre ORIPH-COPAI ne sauraient rediscuter le bien-fondé de l'exigibilité et des limitations fonctionnelles décrites par le Dr A. \_\_\_\_\_ et reprises dans la décision attaquée.

Au vu de ce qui précède, étant rappelé que le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TFA I 371/2005 du 1<sup>er</sup> septembre 2006, consid. 5.3.2, I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2, I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b), en l'absence d'éléments objectifs susceptibles de mettre en cause l'impartialité des experts mandatés - le seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants puissent avoir une opinion contraire ne pouvant de surcroît à lui seul remettre en cause la validité d'une expertise ordonnée par l'administration (ATF 124 I 170 consid. 1; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43) – et, compte tenu de la valeur probante des rapports d'expertise somatique et psychiatrique au dossier, l'on ne saurait reprocher à la décision attaquée de s'être basée sur les conclusions de l'expertise du Dr A.\_\_\_\_\_ s'agissant de la détermination de la capacité de travail résiduelle de la recourante.

**b)** La reconnaissance de limitations fonctionnelles supplémentaires dues à des facteurs d'ordre psychiatrique n'est pas envisageable. Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr C.\_\_\_\_\_ et de M. X.\_\_\_\_\_ diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 – CIM 10). A l'occasion de l'examen clinique, ces experts n'ont pas retenu de caractère invalidant en lien avec le trouble psychique précité. En vertu des règles de jurisprudence applicables en la matière (cf. ATF 130 V 352), la présomption voulant que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible de l'assurée n'est pas renversée en l'espèce. Les experts n'ont effectivement pas retenu la présence d'une co-morbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ou tous autres critères déterminants, soit des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de l'assurée (ATF 130 V 352). Sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, le Tribunal fédéral prescrit d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1). Partant, en l'absence de diagnostic de l'un des critères exceptionnels susceptibles de renverser la présomption du caractère surmontable de la fibromyalgie par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part

de l'assurée, la Cour de céans ne saurait admettre la possible existence d'une fibromyalgie invalidante. Mal fondé, le premier grief élevé par la recourante doit être rejeté.

**4. a)** L'art. 16 LPGA dispose que 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. L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205).

**b)** La décision attaquée retient un taux d'invalidité de 32% après comparaison entre les revenus annuels raisonnablement exigibles avec et sans invalidité, avec un abattement de 15% tenant compte des empêchements propres à la recourante. Sur la base des salaires ressortant des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, l'intimé se réfère aux salaires bruts standardisés auxquels les femmes peuvent prétendre pour l'accomplissement d'activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) pour l'année 2000 (ESS 2000, TA 1; niveau de qualification 4). En l'occurrence, les salaires de référence retenus en l'espèce correspondent à ceux offerts pour des postes de travail, toutes activités confondues dans le secteur privé, qui ne requièrent aucune qualification professionnelle particulière (TF I 111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5; TFA I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6 et I 427/2003 du 12 février 2004, consid. 4.2). Considérant le large éventail d'activités simples et répétitives ainsi recouvertes dans les secteurs de la production et des services, un nombre significatif d'entre elles sont légères et permettent de surcroît une alternance des positions (TF 111/2006 du 19 avril 2007, consid. 5; TFA I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6), respectant ainsi les limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise rhumatologique du Dr A.\_\_\_\_\_.

La Cour de céans retient que l'accomplissement d'une activité industrielle légère - l'intimé évoquant à titre d'exemple, l'activité de type "surveillance de chaîne de fabrication" - est accessible à la recourante, bénéficiant en particulier d'une maîtrise suffisante de la langue française pour pouvoir communiquer dans ce type d'emploi. Contrairement à ce qu'en pense l'intéressée, il existe bel et bien des activités raisonnablement exigibles de sa part tenant compte de ses empêchements fonctionnels propres, activités dont la décision attaquée a régulièrement tenu compte à l'occasion de l'évaluation du taux d'invalidité. Finalement, le second grief élevé par la recourante ne peut être suivi et doit par conséquent être rejeté.

La recourante ne contestant pas pour le surplus, la méthode utilisée pour évaluer son taux d'invalidité, la Cour n'est pas tenue de réexaminer la décision attaquée sur ce point (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**5. a)** En définitive, le recours entièrement mal fondé doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le dossier transmis étant complet sur le plan médical (cf. consid. 3 supra), il n'y a pas matière en l'espèce, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 26 janvier 2009 est confirmée.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. (cinq cent francs) sont mis à la charge de la recourante.
  
- 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 :

- Me Sébastien Pedroli (pour U. \_\_\_\_\_),
- 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 :