

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 septembre 2010

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Thalmann et Lanz Pleines  
Greffière : Mme Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Begnins, recourante, représentée par Me Jean Jacques Schwaab, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_, ressortissante portugaise, née en 1951, mariée, mère d'un enfant adulte, sans formation (ci-après : l'assurée), a travaillé comme garde d'enfants à raison de deux jours et demi par semaine pour le compte de Mme [...] depuis le 1er avril 1998. Le 19 mars 2001, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi d'une rente, précisant souffrir de fibromyalgie.

L'assurée est suivie par le Dr W.\_\_\_\_\_, généraliste, spécialiste FMH en médecine interne, qui a posé, dans un rapport du 14 juin 2001, les diagnostics de fibromyalgie primaire existant depuis 1999, d'état dépressif marqué existant depuis 2000 et de boulimie - obésité morbide -, existant depuis longtemps. Selon ce médecin, ces affections provoquaient une incapacité de travail depuis le début de l'année 2000 à raison de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans toute autre activité.

Dans un rapport du 11 mars 2003, le Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'obésité. Il expliquait que les idées dépressives de la patiente avaient presque disparu à sa consultation du 13 décembre 2002 et que les douleurs dues à la fibromyalgie rythmaient désormais ses journées et ses semaines. Il estimait que l'assurée subissait une incapacité de travail de 70 % depuis le début de l'année 2000.

Sur la base de ces deux rapports et d'un avis du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 4 avril 2003, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a rendu, le 11 avril 2003, une décision niant le droit de l'assurée à des prestations de l'AI, au motif que celle-ci ne présentait aucune atteinte invalidante à sa santé.

**B.** Dès lors que l'assurée a formé opposition à cette décision, l'OAI a repris l'instruction du cas.

Dans un rapport médical du 25 juillet 2003, le Dr W. \_\_\_\_\_ a rendu compte d'une aggravation des troubles dépressifs, de l'angoisse et de la boulimie de l'assurée le conduisant au constat d'une incapacité de travail complète. Il estimait qu'aucune activité n'était compatible avec son état de santé.

L'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique à la Dresse X. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a posé, dans son rapport du 20 février 2004, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) présente depuis 1990 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 1998. Cette spécialiste mettait en évidence également une personnalité à traits dépendants et abandonniques et une obésité, sans influence sur la capacité de travail. Au chapitre de l'appréciation du cas et du pronostic, l'expert décrivait plusieurs événements existentiels douloureux vécus par l'assurée au niveau familial (décès de sa mère en 1990 et problèmes d'alcool de son mari), la situation s'étant ensuite stabilisée jusqu'en novembre 1998, alors victime d'une chute dans un escalier avec un enfant dont elle avait la garde. Les douleurs se sont alors exacerbées pour devenir peu à peu intolérables, entraînant un épisode dépressif réactionnel, atténué toutefois par le traitement de Déroxat prescrit par le Dr G. \_\_\_\_\_, qui, en décembre 2002, avait constaté la disparition presque complète des idées dépressives. Au jour de l'expertise, persistait, selon la spécialiste, une dysthymie se greffant sur un syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité à traits dépendants et abandonniques. Estimant que le caractère chronique de cette maladie sans rémission durable sur plusieurs années, interférait peu avec la capacité de travail, elle a reconnu que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 70 % et a considéré que l'intégration sociale demeurait conservée et que des bénéfices secondaires tirés de la maladie étaient présents (mobilisation de l'entourage avec attention accrue). La reprise d'une activité professionnelle lui paraissait très compromise en

raison essentiellement de facteurs contextuels (conflit conjugal, prochain départ du fils cadet du domicile familial) et sociaux.

L'OAI a fait procéder, par l'un de ses services, à une enquête économique sur le ménage. Du rapport de l'enquête du 13 octobre 2004, il ressort que l'assurée défend un statut d'active à 100 % et qu'elle présente un taux de 67,5 % d'empêchements dans ses tâches ménagères.

Sur la base des ces nouveaux éléments, l'OAI a rendu une nouvelle décision, le 2 novembre 2004, niant le droit à toutes prestations.

**C.** L'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI, le 19 octobre 2005, qui a été rejetée par l'OAI en date du 1er décembre suivant, au motif qu'aucun fait nouveau n'était allégué.

Par courrier du 16 février 2006 à l'OAI, le Dr W. \_\_\_\_\_ a fait observer que les radiographies qui avaient été effectuées l'année précédente révélaient la présence d'une cervicarthrose basse avec spondylose antérieure marquée et discopathie, de même qu'une arthrose et une spondylose à l'étage dorsal inférieur (D7 à D10). Selon ce médecin, ces lésions expliquaient une partie des douleurs présentées par l'assurée.

**D.** Faisant valoir une aggravation de son état de santé, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations AI, le 10 mars 2006, sollicitant l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales. Le 12 juin 2006, elle a déposé également une demande d'allocation pour impotent.

Dans un rapport du 23 mars 2006, le Dr W. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'arthrose cervicale et dorsale existant depuis 2005, de fibromyalgie et d'état dépressif existant respectivement depuis 1998 et 1999, justifiant une incapacité de travail entière depuis 1998. Il considérait que l'état de santé se péjorait et que la présence de la cervicarthrose basse avec spondylose antérieure marquée, de la discopathie, de l'arthrose et de la spondylose à l'étage dorsal inférieur (D7 à D10) étaient

à mettre dans le cadre de la fibromyalgie, qui ne s'avérait ainsi plus seule responsable des douleurs chroniques et invalidantes. D'après ce médecin, les douleurs et la limitation des mouvements perturbant la vie sociale de l'assurée étaient à l'origine de son état dépressif accentuant sa boulimie.

Après l'étude de ces nouveaux éléments, le SMR a mis en œuvre un examen de médecine interne et de rhumatologie qui a donné lieu à un rapport du 8 novembre 2006 établi par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Ce spécialiste a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de discrets troubles statiques et dégénératifs rachidiens étagés et d'excès pondéral - status après by-pass gastrique le 13 mars 2006. L'expert était d'avis que ces troubles ne justifiaient et n'avaient jamais justifié une incapacité de travail de longue durée et que celle-ci était limitée exclusivement par les contraintes détaillées par la Dresse X.\_\_\_\_\_ dans son expertise de février 2004. Comme cette dernière, le Dr M.\_\_\_\_\_ reconnaissait une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. Sa position était motivée comme il suit :

"Cliniquement, on est en présence d'une assurée collaborante, présentant certes ses plaintes avec beaucoup de minutie, mais sans ostentation particulière, sans altération mnésique ni altération du cours de la pensée.

L'examen général est dans les normes, hormis un excès pondéral qui peut être considéré comme mineur, eu égard à la situation préexistante. L'examen neurologique est normal. L'examen ostéoarticulaire est également normal. Certes, Mme S.\_\_\_\_\_ annonce quelques douleurs à la palpation de certains sites qualifiés de classiques de la fibromyalgie, mais ceci uniquement lorsqu'on l'interroge spécifiquement pour savoir si l'endroit est douloureux, alors que lorsque les mêmes sites sont palpés avec la même vigueur mais à son insu, elle ne signale aucune gêne particulière. On ne peut donc parler de fibromyalgie.

Lors du présent examen, on ne disposait pas de clichés radiologiques. Néanmoins, figurent au dossier des descriptions radiologiques récentes du rachis cervico-dorso-lombaire, faites par un spécialiste en radiologie, qui ne révèlent que des troubles banals, eu égard à l'âge.

Les constatations somatiques objectives sont donc minimales et hors de proportion avec l'importance des plaintes subjectives. L'observation faite par le somaticien se rapproche donc des constatations de la Dresse X.\_\_\_\_\_ qui concluait à un trouble douloureux somatoforme.

Il n'y a donc, au sens strict, pas de pathologie somatique incapacitante dans les activités de femme au foyer, maman de jour et antérieurement ouvrière d'usine que l'assurée exerce ou a exercées.

Les limitations fonctionnelles se bornent aux règles usuelles de protection du rachis : nécessité d'alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 10 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc".

Le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, dans un rapport du 4 avril 2007, et le Dr W.\_\_\_\_\_, dans un rapport du 28 juin 2007, se sont bornés à expliquer qu'aucune évolution significative n'était à attendre et ont conclu à un état dépressivo-anxieux chronique.

Le 6 novembre 2007, l'OAI a communiqué à S.\_\_\_\_\_ un préavis niant le droit à une rente d'invalidité, lui reconnaissant, dès le mois de février 2004, une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de maman de jour comme dans n'importe quelle autre activité adaptée, des limitations fonctionnelles justifiant un abattement de 10 % sur son revenu d'invalidité. L'OAI retenait un degré d'invalidité de 37 %.

L'assurée a contesté ce préavis par lettre du 23 décembre 2007, reprochant à l'OAI d'avoir sous-estimé le taux d'abattement pris en compte en raison des limitations liées à son âge, à ses années de services, à sa nationalité à la catégorie de son permis de séjour et à son taux d'occupation, précisant qu'un taux de 15 à 20 % était justifié. D'autre part, elle critiquait la position de l'OAI, lui faisant grief de s'être fondé sur les conclusions de l'expertise de la Dresse X.\_\_\_\_\_, datant du mois de février 2004, soit de trois ans avant la prise de la décision, ainsi que sur l'avis du 8 janvier 2007 du Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR. Elle se prévalait des derniers rapports médicaux des Drs D.\_\_\_\_\_, lui reconnaissant une incapacité de travail totale et W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, qui mettaient respectivement en évidence les diagnostics de discopathies non révélées jusqu'alors et d'état dépressif chronique avec anxiété.

Le 18 février 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis de refus d'octroi d'une allocation pour impotent, constatant qu'elle ne présentait aucune atteinte psychique ou somatique invalidante, entraînant des empêchements à exécuter les actes ordinaires de la vie.

Dans un rapport établi le 19 mars 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_ a considéré que :

"les symptômes psychiques (...) sont apparemment résolus, mais les tensions psychiques qu'ils exprimaient ont ensuite évidemment participé à la genèse de la fibromyalgie dont la patiente souffre actuellement. (...)".

Il notait que l'assurée ne suivait alors pas de traitement psychologique. Il n'émettait pas un pronostic favorable sur le plan de la capacité de travail, en ce sens qu'une amélioration de l'état général de la patiente semblait très peu probable.

Par décision du 16 avril 2008, l'OAI a confirmé son préavis du 18 février 2008, refusant ainsi l'octroi d'une allocation pour impotent, constatant que l'assurée ne présentait aucune atteinte psychique ou somatique invalidante. Le 28 avril suivant, l'office a également dénié le droit à une rente, reprenant ainsi les conclusions de son préavis du 6 novembre 2007.

**E.** S.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances le 29 mai 2008, concluant, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. La recourante reproche à l'OAI d'avoir privilégié l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_, alors même que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas encore été posé à l'époque de l'examen, au détriment des avis des Drs D.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ qui posent quant à eux le diagnostic de fibromyalgie. Elle requiert par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours.

La mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire a été confiée par le juge instructeur aux Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au Bureau romand d'expertises médicales (ci-après :

BREM). Déposé le 11 juin 2009, leur rapport ne rend compte d'aucun diagnostic au plan somatique ou psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue somatique, les spécialistes décrivent une assurée au discours quelque peu contradictoire, vive, bien mobile avec une gestuelle tout à fait fluide et harmonieuse, soignée de sa personne, organisée, avec un discret excès pondéral, à l'état général amélioré et ayant moins de douleurs aux articulations portantes (genoux, pieds) en dépit de lésions dégénératives débutantes confirmées. Ils observent que le traitement chirurgical de l'obésité est bien toléré et a donné un excellent résultat. Les experts confirment l'existence des atteintes dégénératives évoquées dans la liste des diagnostics, précisant que l'évolution est banale pour des lésions compatibles avec l'âge de l'assurée. Selon le descriptif du poste de travail donné par l'ancien employeur, ils admettent qu'il résulte une capacité de travail entière du point de vue somatique. Du point de vue psychiatrique, les spécialistes ne mettent pas en évidence de signes cliniques d'une intensité suffisante pour poser le diagnostic de trouble dépressif, même léger. Ils ne retiennent plus le diagnostic de dysthymie posé en 2004 par la Dresse X.\_\_\_\_\_ mais se rallient aux constatations du Dr G.\_\_\_\_\_, pour qui l'expertisée reste focalisée sur son tableau douloureux. Les spécialistes estiment qu'S.\_\_\_\_\_ présente plus vraisemblablement un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qu'une fibromyalgie au sens strict. Après discussion des critères de pronostic, selon la jurisprudence du TFA, au vu de l'absence de comorbidité psychiatrique, les experts considèrent que le syndrome douloureux somatoforme persistant ne doit pas être rangé dans la catégorie des diagnostics entraînant une limitation de la capacité de travail.

Dans ses déterminations du 6 juillet 2009, l'OAI, se ralliant à l'avis des spécialistes du BREM, a modifié les conclusions de sa décision du 28 avril 2008, en ce sens que le préjudice économique et donc le taux d'invalidité sont nuls, la recourante ne présentant aucune incapacité de travail, tant dans son activité habituelle que dans toute activité adaptée, et a conclu au rejet du recours.

Invitée à se déterminer, la recourante n'a pas fait usage de son droit.

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

**1.**           **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.**           Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité de la recourante et de son éventuel droit à une rente AI.

**a)** La recourante soutient être atteinte de fibromyalgie et se prévaut des derniers rapports médicaux établis par les Drs D.\_\_\_\_\_, lui reconnaissant une incapacité de travail totale, W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ mettant en évidence respectivement des discopathies non révélées jusqu'alors et un diagnostic d'état dépressif chronique avec anxiété.

Pour sa part, l'OAI privilégie dans un premier temps l'avis de la Dresse X.\_\_\_\_\_ et reconnaît à la recourante une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de maman de jour comme dans n'importe

quelle autre activité adaptée à partir du mois de février 2004, retenant un degré d'invalidité de 37 %, n'ouvrant pas le droit à une rente ; dans un second temps, l'OAI se fonde sur les nouvelles conclusions des experts P.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du BREM et retient que les troubles dont souffre la recourante ne sont plus invalidants au sens de la jurisprudence, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir un degré d'invalidité, ni un préjudice économique.

**b)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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.

D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

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)** Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). 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. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine

médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C\_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

**d)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, 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). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

**3.** En l'espèce, la décision attaquée repose initialement sur le rapport d'examen de la Dresse X.\_\_\_\_\_ effectué en 2004 et sur l'examen du Dr M.\_\_\_\_\_ du SMR du 8 novembre 2006, lesquels parviennent à la conclusion que la recourante conserve une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

**a)** D'un point de vue somatique, le rapport du SMR retient que les descriptions radiologiques du rachis cervico-dorso-lombaire dégénératifs ne révèlent que des troubles banals, eu égard à l'âge de la recourante et que les constatations somatiques objectives sont minimales et hors de proportion avec l'importance des plaintes subjectives. Il décrit un certain nombre de limitations fonctionnelles qui se bornent aux règles usuelles de protection du rachis. Cette appréciation est confirmée dans le cadre de l'expertise judiciaire par les médecins du BREM, qui constatent également la présence d'atteintes dégénératives dont l'évolution est toutefois banale pour des lésions compatibles avec l'âge de la recourante. Ils considèrent en outre qu'au vu du descriptif du poste de travail donné par l'ancien employeur, la capacité de travail demeure entière sur ce plan. Ces deux appréciations ne sauraient être remises en cause par l'avis opposé du médecin traitant de la recourante, le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel est moins documenté et motivé et relève du mandat thérapeutique.

**b)** Sous l'angle psychique, la Dresse X.\_\_\_\_\_ fait état d'une dysthymie (F34.1) et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Elle met en évidence la personnalité à traits dépendants et abandonniques de la recourante et estime que le "caractère chronique de cette maladie sans rémission durable sur plusieurs années" interfère dans une moindre mesure avec la capacité de travail de la recourante, qu'elle fixe en définitive à 70 %. Elle note en outre que "l'intégration sociale" est conservée et que des bénéfices secondaires, comme la mobilisation de son entourage avec attention accrue, sont présents.

Les conclusions de l'expertise judiciaire, réalisée par les spécialistes du BREM, corroborent pour l'essentiel les observations cliniques de la Dresse X.\_\_\_\_\_. Les experts n'ont néanmoins pas retenu de signes cliniques d'une intensité suffisante pour retenir le diagnostic de trouble dépressif, même léger, ni celui de dysthymie posé en 2004 par cette dernière. A cet égard, ils se rallient bien plutôt aux constatations exposées en 2003 et 2008 par le Dr G.\_\_\_\_\_, pour qui l'expertisée reste focalisée sur son tableau douloureux. En outre, ils estiment, tout comme la

Dresse X.\_\_\_\_\_, que la recourante présente plus vraisemblablement un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) qu'une fibromyalgie au sens strict et expliquent de manière systémique et détaillée les raisons pour lesquelles ils considèrent que le syndrome douloureux somatoforme persistant, tout comme celui de la fibromyalgie, n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Ils relèvent en particulier l'absence de comorbidité psychiatrique et s'écartent ainsi des conclusions de la Dresse X.\_\_\_\_\_, concluant à une pleine capacité de travail et à l'absence de troubles invalidants.

Le rapport d'expertise effectué par la Dresse X.\_\_\_\_\_ en février 2004, celui du SMR réalisé en novembre 2006 ainsi que celui du BREM rendu le 11 juin 2009, procèdent donc d'un examen particulièrement attentif du dossier médical et répondent de manière claire et précise aux questions posées, dans le respect de la systématique propre aux troubles dont il est question. Ils remplissent parfaitement les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2d). Cela étant, leurs conclusions doivent supplanter celles des avis opposés du médecin traitant, le Dr W.\_\_\_\_\_, lequel n'est pas spécialiste de la problématique médicale en question et est naturellement plus enclin à se prononcer en faveur de sa patiente, du psychiatre G.\_\_\_\_\_, lequel admet d'ailleurs que "les symptômes psychiques (...) sont apparemment résolus", ou encore du neurologue D.\_\_\_\_\_, consulté à une seule reprise.

**c)** Au vu de ces éléments, il y a lieu de retenir, à l'instar de l'autorité intimée, que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle comme dans toute autre activité.

En définitive, circonscrit à l'octroi d'une rente, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

**4.** Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe

(art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté
  
- II.** La décision rendue le 28 avril 2008 par l'OAI est confirmée.
  
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de S.\_\_\_\_\_.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean Jacques Schwaab, avocat (pour S.\_\_\_\_\_)
- 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 :