

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 février 2012

---

Présidence de     Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     Mme Pasche et M. Bonard, assesseur  
Greffière :     Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**O.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** O. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1949, ressortissante de Bosnie-Herzégovine au bénéfice d'un permis F, en Suisse depuis le 24 octobre 1993, a déposé le 8 août 2005 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) visant à l'octroi d'une rente, affirmant souffrir, depuis 1993, de dépression, d'arthrose, d'asthme chronique, de douleurs lombaires et dorsales, de maux de tête et d'insomnies. Elle indiquait également avoir travaillé de 1986 à 1992 hors de Suisse.

Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée établi le 14 octobre 2005, celle-ci n'est pas inscrite.

Dans un rapport médical établi le 15 novembre 2005 à l'intention de l'OAI, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, a posé les diagnostics suivants, ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée : lombosciatalgies bilatérales, en particulier à droite, sans signe irritatif, depuis mai 2003, antélysthésis L4-L5, polyarthrose sur chondrocalcinose vraisemblable, état anxio-dépressif (F41.2) et syndrome douloureux chronique (F45.4). A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin a retenu une haute tension artérielle et une hyperlipidémie mixte traitée, un excès pondéral, de l'asthme versus de l'hyperactivité bronchique et un lupus cutané. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a en outre exposé que, selon les affirmations de sa patiente, celle-ci était au bénéfice d'une rente d'invalidité dans son pays en raison d'une tumeur cérébrale probablement bénigne, opérée en 1986 en Bosnie. Elle n'avait exercé aucune activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse, à cause d'une inaptitude au travail maintenue à 100%, relative à ses problèmes chroniques de santé.

Dans un rapport du 23 décembre 2005, le Dr S. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé les diagnostics suivants, ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée : trouble dépressif récurrent, de

sévérité moyenne (F33.1), lombosciatalgies bilatérales et excision d'une tumeur cérébrale en 1986 à Sarajevo. Selon ce rapport, l'incapacité de travail était totale depuis 1986 et une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable.

De juillet à octobre 2006, l'assurée a fait l'objet d'une expertise interdisciplinaire au Centre d'expertise médicale à [...] (CEMED). Suite aux examens cliniques et internistes de la Dresse M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, ainsi qu'aux examens spécialisés oto-neurologique (Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en ORL), rhumatologique (Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie), psychiatrique (Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie), et neuropsychiatrique (M. T.\_\_\_\_\_, spécialiste FSP en psychologie et neuropsychologie), un rapport a été établi le 28 novembre 2006, dans lequel les experts ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée d'hyper-réactivité bronchique, de troubles dégénératifs et statiques lombaires, d'hyporéflexie vestibulaire gauche et de troubles cognitifs. Ils ont également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif modéré, épisode actuel léger (CIM-10 : F33.0), d'hyper-cholestérolémie, d'hypertension artérielle et de lupus cutané. Il résulte notamment ce qui suit du rapport d'expertise :

#### « A.5 APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Madame O.\_\_\_\_\_ est une assurée d'origine bosniaque ayant travaillé comme couturière jusqu'en 1986 dans son pays et vivant en Suisse depuis 1993 avec un statut de réfugiée. En 1986, elle est opérée d'une tumeur cérébrale frontale bénigne et elle n'a jamais repris une activité lucrative depuis. En 2002 et 2003, elle est hospitalisée pour des lombosciatalgies droites, puis gauches. L'IRM lombaire n'a pas démontré de hernie discale ni de souffrance nerveuse. Une arthrose des articulations postérieures est suspectée. Les douleurs persistent malgré les infiltrations dont elle bénéficie. Actuellement, l'assurée se plaint également de douleurs cervicales, de douleurs aux mains, de céphalées nocturnes, mais également d'un manque de concentration, de perte de mots, et d'une fatigue.

Au status, l'assurée est adéquate et orientée. On ne met pas en évidence de troubles du langage ou de la mémoire. On note une limitation de la mobilité au niveau de la colonne et des points de fibromyalgie tous positifs. Les genoux ne présentent pas de limitation, l'équilibre est instable, sans latéralisation. Pas de signe d'irritation radiculaire lombaire en l'absence de signe de Lasègue.

Troubles de l'équilibre mal systématisés. Les analyses sanguines ne montrent aucun syndrome inflammatoire, ni de signe pour un rhumatisme inflammatoire. Les radiographies mettent en évidence des troubles statiques et dégénératifs lombaires, avec, en particulier, un pseudospondylolisthésis stable en flexion/extension. Nous constatons que l'assurée présente des troubles dégénératifs diffus avec en particulier une atteinte du rachis cervical et lombaire, ainsi qu'une atteinte aux mains. Nous constatons par ailleurs des signes de non organicité avec une amplification des douleurs et la positivité de tous les points de fibromyalgie. Les douleurs de l'assurée persistent malgré un traitement comprenant des antidouleurs, des anti-inflammatoires et des anti-dépresseurs. Les infiltrations dont elle bénéficie permettent d'atténuer les douleurs, mais l'effet est de courte durée.

Selon l'expert rhumatologue, les lombalgies peuvent être en relation avec les troubles statiques (hyperlordose), ainsi qu'une arthrose facettaire basse d'un antélisthésis de L4 sur L5 (environ 8 mm). L'origine du glissement semble être plutôt articulaire que sur lyse isthmique. Par contre, l'expert ne retient aucun substrat anatomique expliquant les cervicalgies et la douleur des mains. Il relève une extension du champ douloureux, une chronicisation des douleurs et l'échec du traitement antalgique et conclut à la présence d'un syndrome fibromyalgique.

Du point de vue otoneurologique, le Docteur N.\_\_\_\_\_ met en évidence une hyporéflexie vestibulaire gauche permettant d'expliquer les troubles de l'équilibre de l'assurée. Cela n'est pas une séquelle de sa tumeur cérébrale, mais est probablement séquellaire à un déficit vestibulaire brusque incomplètement cicatrisé. Il n'y a pas de traitement à proposer. L'expert met également en évidence le caractère démonstratif de l'assurée.

Du point de vue psychiatrique, l'expert met en évidence un trouble dépressif d'intensité actuelle légère et fortement influencé par les circonstances personnelles et sociales. Il considère que l'assurée n'a toutefois pas réellement une identité d'invalidé et fait preuve d'adaptation vis-à-vis des différentes situations sociales.

L'évaluation neuropsychologique a été rendue difficile par la barrière linguistique, le trouble dépressif et un comportement d'exagération des troubles. Néanmoins, il en ressort que l'assurée présente des troubles de la mémoire verbale et visuelle et des troubles exécutifs (persévération, mauvaise compréhension des consignes) qui sont compatibles avec des séquelles de lésions frontales. Cela se reflète avec des difficultés dans la planification, l'organisation, le démarrage et la maîtrise des tâches.

Les limitations que nous retenons sur le plan professionnel sont les suivantes : en raison des troubles dégénératifs et statiques lombaires, l'assurée doit éviter les mouvements répétitifs en flexion/extension du tronc et le port de charges au-delà de 10 kg. En raison d'un déficit vestibulaire et de troubles de l'équilibre, elle ne doit pas faire un travail en hauteur ni de travail mettant trop en mouvement la tête et le corps. Par contre, elle peut travailler en position assise. En raison des troubles cognitifs modérés, Madame O.\_\_\_\_\_ présente des difficultés dans le démarrage, la maîtrise et

l'organisation de son travail. Elle pourrait par contre exercer une activité simple, répétitive, avec peu de nécessité d'apprentissage et pour autant qu'elle soit suffisamment encadrée dans la planification des tâches. En ce qui concerne le lupus cutané, celui-ci est un problème dermatologique qui nécessite de limiter l'exposition au soleil. Concernant l'hyperréactivité bronchique, qui a été diagnostiquée en 2001, l'assurée doit éviter l'exposition à un air ambiant chargé de grandes quantités de poussière et aux pollens.

Aux facteurs médicaux exposés ci-dessus, il faut ajouter un contexte personnel (veuvage, vécu de la guerre) et social particulier (elle s'occupe de ses petits-enfants), une désinsertion professionnelle de plus de 20 ans, qui réduisent les chances pour une quelconque réinsertion professionnelle.

## **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

### **B.1 Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

Voir discussion ci-dessus.

**Au plan physique** : en raison d'une hyper-réactivité bronchique, elle ne devrait pas être exposée à des grandes quantités de poussières ou autres allergènes connus. En raison d'une arthrose lombaire, elle ne devrait pas porter des charges de plus de 10 kg, elle devrait avoir la possibilité de changer de position au moins une fois par heure. Elle devrait éviter des mouvements de flexion-extension du tronc. En raison de la présence de vertiges, elle ne doit pas travailler en hauteur, mais de préférence en position assise.

**Au plan psychique et mental** : en raison des troubles exécutifs et des troubles mnésiques, l'assurée a des difficultés dans la planification et la maîtrise des tâches.

**Au plan social** : pas de limitations.

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

Remarque préliminaire : l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 1986. Auparavant, elle était employée comme couturière dans une usine textile.

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

Les troubles dégénératifs lombaires rendent pénible une station assise prolongée et l'assurée nécessite de pouvoir se lever toutes les heures.

Les troubles exécutifs limitent son rendement dans l'exécution des tâches et augmentent le risque d'erreur.

#### **B.2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail**

L'assurée reste apte à utiliser une machine à coudre, et à manipuler de grands morceaux de tissus.

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

Oui. L'activité est exigible à raison de 8 heures par jour, pour autant qu'elle bénéficie d'une adaptation de son poste de travail : possibilité de pause toutes les heures, possibilité de changer de position. L'assurée nécessite un encadrement dans la planification des tâches.

**B.2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

Oui. Rendement d'environ 60%. En raison des troubles cognitifs, l'assurée travaille plus lentement et a besoin d'avantage d'encadrement.

**B.2.5 Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail d'au moins 20%?**

Depuis 1986, à ce moment-là l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente en Bosnie. En l'absence d'autre pathologie se répercutant sur son activité, nous admettons que la limitation estimée en B.2.3 et B.2.4 existe depuis cette date-là.

**B.2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?**

Pas de modification.

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

Oui.

**C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE**

**C.1 Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?**

Oui.

***Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants : la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social, la mobilisation des ressources existantes.***

En raison des troubles cognitifs, l'assurée ne peut apprendre de tâches complexes et nécessitera, même pour une tâche simple, d'un temps d'apprentissage prolongé. Par contre, elle reste apte à s'intégrer au sein d'une équipe et s'habituer à un rythme de travail. Psychiquement, il n'y a pas de barrière pour qu'elle puisse mobiliser ses ressources, seulement, celles-ci sont très modestes.

[...]

**C.2 Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

Non, mais les indications ci-dessous sont nécessaires pour atteindre le taux de capacité de travail indiqué sous B.2.3 et B.2.4.

**C.2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par exemple mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

Adaptation du poste de travail : l'assurée devra avoir la possibilité de se lever au moins une fois par heure, la possibilité de régler la hauteur du poste de travail. Elle devra bénéficier d'un encadrement l'aidant à planifier ses tâches.

[...]

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

Oui.

**C.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?**

L'assurée est apte à fournir un travail léger lui permettant de s'asseoir et de se lever à sa guise, avec un port de charge maximum de 10 kg, sans exposition exagérée à la poussière, sans exposition exagérée au soleil, et qui tienne compte des limitations cognitives. Elle doit pouvoir bénéficier d'un encadrement pour la planification de ses tâches.

**C.3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)?**

8 heures par jour.

**C.3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?**

Oui, en raison des troubles cognitifs, nous partons de l'idée qu'elle a toujours besoin d'un encadrement plus important et restera de ce fait avec un rendement réduit à 80%. »

Sur la base de cette expertise, le Dr C.\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR), a établi le 11 janvier 2007 un rapport selon lequel la capacité de travail de l'assurée était de 60% dans son activité habituelle (activité à plein temps avec diminution de rendement de 40%) depuis 1986 et de 80% dans une activité adaptée (activité à plein temps avec diminution de rendement de 20%). Pour le surplus, ce rapport a la teneur suivante :

**« Limitations fonctionnelles :**

Pas de port de charges de plus de 10 kg. Possibilité d'alterner les positions assise et debout au moins une fois par heure. Eviter les mouvements de flexion-extension du tronc. Pas de travail en hauteur. Pas d'exposition à de grandes quantités de poussières ou autres allergènes. Aide dans la planification des tâches.

Réfugiée bosniaque de 57 ans, sans profession, en Suisse depuis 1993, qui présente des plaintes douloureuses multiples, touchant le rachis cervical et lombaire ainsi que les mains, des troubles de la concentration, une fatigue et des vertiges.

Elle a travaillé dans une usine comme couturière sur machines dans son pays jusqu'en 1986, date où elle a été opérée d'une tumeur cérébrale frontale en Bosnie. Depuis lors elle n'a plus jamais travaillé.

Les investigations médicales ont permis d'objectiver des troubles dégénératifs et statiques lombaires sans hernie discale, ni composante irritative ou déficitaire, une hyporéflexie vestibulaire gauche d'origine indéterminée expliquant les vertiges, des troubles cognitifs consécutifs à l'excision d'une tumeur cérébrale frontale. Tous les points de fibromyalgie sont positifs. Les experts décrivent une assurée démonstrative, amplifiant ses plaintes. Sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique est retenu, sans diminution de la capacité de travail.

Sur la base des constatations médicales objectives, les limitations fonctionnelles ci-dessus sont justifiées. Elles sont compatibles avec l'activité de couturière industrielle exercée à plein temps avec une diminution de rendement de 40%. Dans une activité entièrement adaptée, la diminution de rendement est de 20% sur un plein temps (CT= 80%). La capacité de travail n'a pas évolué depuis 1986. Le syndrome fibromyalgique n'est pas pris en considération. Il est sans répercussion sur la capacité de travail en l'absence de tous les facteurs de gravité définis par la jurisprudence.

Pour les raisons non médicales que sont l'âge, l'inactivité depuis plus de vingt ans, la barrière linguistique et l'amplification des plaintes, des mesures professionnelles auraient peu de chances d'aboutir à une intégration sur le marché du travail. »

Le 5 mars 2008, l'OAI a demandé à l'assurée d'effectuer un stage d'évaluation au COPAI, afin de pouvoir examiner de façon approfondie sa capacité de gain. L'assurée ayant manifesté son désaccord avec une telle mesure, une sommation lui a été adressée le 17 mars 2008, lui enjoignant de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction, faute de quoi une décision serait prise sur la seule base de son dossier. Par ailleurs, le 16 juin 2008, une décision de refus d'indemnités journalières pendant la période d'évaluation a été rendue, au motif que l'assurée n'avait pas exercé d'activité professionnelle en Suisse.

L'assurée est entrée en stage le 11 août 2008 et en est sortie le 26 août 2008, en raison, selon l'avis de sortie, d'un comportement inadéquat. A l'occasion de ce stage, elle a été examinée par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-conseil au COPAI, qui a établi un rapport le 2 septembre 2008, dont la teneur est notamment la suivante :

« **Discussion**

Madame O.\_\_\_\_\_ est une ressortissante bosniaque de 59 ans, qui vit en Suisse depuis 1993. A la suite de l'opération d'une tumeur

cérébrale bénigne, cette couturière n'a plus travaillé depuis 1987 ni en Bosnie ni en Suisse et a bénéficié d'une rente d'invalidité de son pays.

Sur le plan médical, elle a eu cette tumeur cérébrale bénigne opérée apparemment sans séquelle et sans récurrence. Depuis de nombreuses années, elle se plaint de lombo-sciatalgies, de douleurs articulaires multiples rapportées à de l'arthrose, de céphalées, de vertiges, de fatigue. On a retenu de multiples diagnostics, notamment polyarthrose, lombo-sciatalgies sans signe irritatif, antérolysthésis L4-L5, syndrome douloureux chronique, état anxio-dépressif. Subjectivement, Madame O. \_\_\_\_\_ se perçoit comme gravement handicapée, incapable de faire quoi que ce soit et notamment de travailler, a restreint sa vie au seul contact avec sa fille et ses petits-enfants, ne faisant rien de sa journée, souvent couchée, ne sortant que pour quelques commissions ou les visites médicales, accompagnée de sa fille. Objectivement, nous retenons un excellent état général, les plaintes multiples, la démonstrativité, des incohérences (comme le changement de côté de la canne d'un moment à l'autre, des positions antiphysiologiques incompatibles avec les vertiges annoncés, une tendance à la chute du côté du mur auquel on peut se tenir, variable d'un moment de l'examen à l'autre), l'absence d'arthrite, des fonctions articulaires quasi normales, une présentation vestimentaire et corporelle soignée qu'on n'atteindrait pas dans un syndrome dépressif, des signes de non organicité.

Madame O. \_\_\_\_\_ ne s'est présentée que quelques jours à l'atelier puis a fourni un certificat médical d'arrêt de travail à la suite d'une chute de sa chaise sur l'épaule gauche à l'atelier. Des radiographies ont eu lieu qui ne montreraient pas de fracture ni de déplacement articulaire au dire de la patiente. Notre examen clinique du 26.08.2008 auquel nous avons convoqué l'assurée, ne montre ni contusion, ni hématome de l'épaule, ni limitation fonctionnelle. L'examen est par ailleurs superposable aux précédents. Relevons encore l'énerverment de l'assurée en fin d'entretien lorsque nous lui demandons de reprendre le stage et son départ précipité en claquant la porte (attitude fort peu compatible avec un syndrome dépressif).

En tout état de cause, la poursuite du stage d'observation ne serait pas contributive avec une attitude aussi peu motivée et même oppositionnelle de la part de l'assurée. D'ailleurs, dans le peu de jours qu'elle a passé à l'atelier, elle n'a pratiquement rien fait. Nous ne pensons pas qu'une attitude réellement contraignante de notre part ou de la part de l'office AI permettrait d'inverser ce comportement et d'obtenir une meilleure collaboration : subjectivement, cette personne se considère comme sévèrement handicapée et inapte à faire quoi que ce soit.

Il sort de nos compétences de déterminer si cette attitude de l'assurée a valeur d'invalidité. »

Par projet de décision du 4 décembre 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser une rente d'invalidité. Se fondant

sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assurée, dont la capacité de travail était fixée à 100% avec une diminution de rendement de 20%, l'OAI a retenu, compte tenu d'un taux d'abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, une invalidité de 31,99% n'ouvrant pas de droit à une rente.

Le 20 janvier 2009, l'assurée a formé des objections à l'encontre de ce projet de décision, contestant notamment les conclusions du Dr J.\_\_\_\_\_ et le taux d'abattement de 15%.

Par décision du 16 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée. Considérant, sur la base notamment du rapport d'expertise du 28 novembre 2006, que l'assurée présentait une capacité de travail complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10 kg, possibilité d'alterner les positions assise et debout au moins une fois par heure, pas de mouvements de flexion-extension du tronc, pas de travail en hauteur, pas d'exposition à de grandes quantités de poussières ou autres allergènes, aide dans la planification des tâches), et retenant qu'elle n'était pas dans une dynamique de reprise d'activité, du fait qu'elle avait interrompu son stage au COPAI pour des raisons non médicales, l'OAI a procédé au calcul du revenu d'invalidé de l'assurée sur la base de l'ESS, retenant comme salaire de référence celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2004 (année d'ouverture du droit à la rente), soit 48'584 fr. 64 par an, 13<sup>ème</sup> salaire et adaptation à la durée hebdomadaire de travail en 2004 (41,6 heures) comprises (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Attendu qu'il ne pouvait être exigé de l'assurée qu'un rendement de 80%, le salaire hypothétique devait être porté à 38'867 fr. 71 par année. Compte tenu enfin des limitations fonctionnelles de l'assurée, de son âge et de son permis de séjour, l'OAI a considéré qu'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé était justifié, portant ce dernier à 33'037 fr. 56. Concernant le revenu sans invalidité, l'OAI a retenu que, si l'assurée avait poursuivi son activité antérieure, elle aurait pu prétendre à un revenu annuel de 48'584 fr. 64 par an en 2004 (montant

résultant de l'ESS). La perte de gain se montant ainsi à 15'547 fr. 10, le degré d'invalidité était de 31,99%, ce qui ne lui ouvrait aucun droit à une rente.

**B.** Par acte du 17 avril 2009, O. \_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision du 16 mars 2009, concluant à ce que lui soit reconnue une incapacité de gain totale, subsidiairement partielle, ainsi que le droit à une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une demi-rente ou à un quart de rente. A l'appui de son recours, elle conteste la valeur probante du rapport établi par le Dr J. \_\_\_\_\_. Elle affirme que ce médecin a tourné en dérision ses plaintes et ses comportements, faisant notamment des remarques gratuites sur sa présentation vestimentaire et corporelle, et que ses conclusions ne sont pas crédibles et se voient contredites par celles du rapport d'expertise du 28 novembre 2006, dont la recourante se prévaut. Elle conteste également le revenu d'invalidé retenu par l'OAI, qu'elle estime trop élevé, ainsi que le taux d'abattement retenu sur ce dernier, qu'elle estime devoir être porté à 25%, compte tenu de son âge, de son permis F et de son expérience professionnelle presque inexistante.

Par réponse du 6 juillet 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 28 septembre 2011, les parties ont été interpellées par le juge instructeur sur la réalisation des conditions générales d'assurance. Le 19 octobre 2011, l'intimé s'est déterminé comme suit à ce sujet :

« Nous relevons tout d'abord que l'examen des conditions générales d'assurance se fait pour chaque prestation entrant en ligne de compte, les exigences à satisfaire n'étant pas les mêmes pour toutes les prestations.

S'agissant d'une ressortissante de Bosnie-Herzégovine, il faut, pour pouvoir procéder à l'examen des conditions générales d'assurance, une date à laquelle l'invalidité est survenue.

Concernant une rente, l'invalidité est réputée survenue au début du droit potentiel, soit à l'échéance du délai de carence d'un an.

Pour des mesures professionnelles, il s'agit du moment où les mesures, auxquelles l'assuré peut prétendre, sont devenues nécessaires pour la première fois.

Si l'invalidité n'est pas - ou pas encore - survenue, parce qu'il n'y a pas - ou pas encore - de droit potentiel à la prestation entrant en considération, nous notifions un refus de la prestation sur le fond.

C'est ce qui a été fait en l'espèce.

Si le degré d'invalidité avait été suffisant pour ouvrir le droit à une rente, la survenance de l'invalidité aurait dû être fixée en 1987, soit bien avant l'arrivée en Suisse. A cette période, la recourante ne pouvait pas compter une année de cotisations à l'AVS/AI suisse. Il n'y aurait dès lors pas eu de droit à une rente ordinaire d'invalidité. Une rente extraordinaire n'aurait pas ailleurs pas pu être allouée, Mme O.\_\_\_\_\_ ne comptant pas le même nombre d'années d'assurance que les personnes du même âge. Seul aurait pu être examiné le droit éventuel à des prestations complémentaires.

Si des mesures professionnelles avaient été indiquées, ce qui n'est pas le cas, le droit à de telles mesures aurait dû être nié. Selon l'article 8 de la convention conclue entre la Suisse et l'Ex-Yougoslavie, qui s'applique encore aux ressortissants de Bosnie-Herzégovine, il faut en effet que la personne concernée ait, immédiatement avant le moment où est survenue l'invalidité, payé des cotisations à l'assurance suisse pendant une année entière au moins. »

Le 18 novembre 2011, la recourante s'est également déterminée sur cette question. Elle a affirmé que le début de son incapacité de gain remontait aux années 2000 et non à 1987, qu'elle n'avait pas pu cotiser à l'AVS/AI car les requérants d'asile ne travaillant pas étaient exclus, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, de l'assurance obligatoire, et qu'elle était invalide à 40% au moins.

Le 9 décembre 2011, l'intimé a maintenu ses conclusions.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il convient donc d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

**3. a)** 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. 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide) (art. 16 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base 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 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 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils 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, en se conformant à la règle du

degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; 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 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra néanmoins en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353, consid. 3b/bb).

**4. a)** En l'espèce, la recourante conteste essentiellement la valeur probante du rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, qui aurait, selon elle, tourné en dérision ses plaintes et ses comportements. Il ressort toutefois clairement de la lecture de ce rapport que ce médecin s'y est exprimé comme il est d'usage de le faire dans un tel écrit. Il est en effet fréquent, voire même généralisé, que les médecins chargés de rédiger de tels rapports, en tant qu'experts ou médecins-conseil, se prononcent sur l'habillement et sur l'hygiène de la personne examinée. La lecture de

certaines constatations faites par le Dr J.\_\_\_\_\_, qui ont trait à l'attitude de la recourante durant l'examen, peut certes être désagréable pour celle-ci, par exemple le fait qu'elle changeait de main pour utiliser sa canne ou le fait que ses troubles d'équilibre étaient variables selon le sens dans lequel elle se trouvait. Rien ne démontre toutefois que ces constatations soient erronées. Bien au contraire, il est fait état de constatations semblables dans le rapport d'expertise du CEMED dont se prévaut la recourante, notamment quant à l'exagération des plaintes par cette dernière. La Dresse M.\_\_\_\_\_, par exemple, y indique que la recourante était soignée et maquillée ; elle fait également état de son caractère très plaintif et de son incohérence (la recourante ayant été, par exemple, très précautionneuse lors du test d'équilibre, alors qu'elle marchait avec assurance en sortant de la salle de consultation). Le Dr P.\_\_\_\_\_, quant à lui, a remarqué que la recourante était capable de rester assise pendant une heure sans manifester de douleurs, alors que, lors de l'examen, les moindres palpations ou mobilisations articulaires provoquaient des douleurs avec de nombreux pleurs. Quant au Dr N.\_\_\_\_\_, il met également en évidence le caractère démonstratif de la recourante.

Les experts du CEMED ont fixé l'incapacité de travail de la recourante et ses limitations fonctionnelles au terme d'une expertise complète, faisant suite à des examens cliniques approfondis. Leur rapport contient des anamnèses complètes et fait notamment état des plaintes de la recourante. Dans leurs conclusions bien motivées et exemptes de contradictions, les experts ont ainsi admis que, depuis 1986, la capacité de travail de la recourante est entière avec une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée, alors qu'elle est entière, avec une diminution de rendement de 40%, dans l'activité usuelle de couturière. Ils relèvent également que, compte tenu du fait que la recourante n'a plus travaillé depuis 20 ans, ses chances de réinsertion sont réduites. Il convient toutefois ici de rappeler que les facteurs psychosociaux ou socioculturels sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (ATF 127 V 294, consid. 5a ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010). En définitive, force est de constater que l'appréciation des experts, qui n'est au demeurant pas contestée par la recourante, n'est guère différente de celle

du Dr J.\_\_\_\_\_ et remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour détenir valeur probante. Contrairement à ce que soutient la recourante, l'évaluation faite par l'intimé de sa capacité de travail, qui se base sur les conclusions de l'expertise du CEMED, doit donc être confirmée. A cet égard, il convient par ailleurs de relever certaines incohérences dans les déclarations de la recourante. Il ressort en effet de plusieurs rapports au dossier (cf. rapports des Drs H.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_) que celle-ci affirme avoir été au bénéfice d'une rente d'invalidité dans son pays en raison de l'opération d'une tumeur au cerveau subie en 1986. Or dans sa demande de prestations d'invalidité, la recourante écrit qu'elle avait travaillé de 1986 à 1992 hors de Suisse et invoque une atteinte existant depuis 1993, soit l'année de son arrivée en Suisse. Enfin, dans son courrier du 18 novembre 2011, la recourante affirme que le début de son incapacité de gain remonte aux années 2000 et non à 1987.

**b)** Dans un deuxième grief, la recourante soutient que le revenu d'invalidé retenu par l'intimé est trop élevé.

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence, comme en l'espèce, d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472, consid. 4.2.1 ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010, consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant

toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323, consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007, consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182).

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel pouvaient prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2004, soit 3'893 fr. par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (ESS 2004, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures ; La Vie économique 10-2006, p. 90, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 4'048 fr. 72 par mois (3'893 fr. x 41,6 / 40), ce qui donne un salaire annuel de 48'584 fr. 64, qui doit encore être diminué de 20%, compte tenu du rendement exigible de 80%, ce qui le porte en définitive à 38'867 fr. 71, comme le retient la décision litigieuse, qui doit donc être confirmée sur ce point également.

**c)** Enfin, la recourante critique le taux d'abattement retenu par l'intimé sur son revenu d'invalidé, qu'elle estime trop bas.

L'étendue, dans un cas concret, de l'abattement effectué sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières (liées au handicap de la personne ou à d'autres facteurs) constitue une question relevant du pouvoir d'appréciation de l'autorité judiciaire de première instance, qui n'est pas limité à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative (ATF 132 V 393, consid. 3.3). L'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la plus appropriée (ATF 126 V 75, consid. 6). Il découle de ce qui précède que la juridiction cantonale,

lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% (ATF 126 V 75), serait plus approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 137 V 71).

En l'occurrence, les limitations fonctionnelles de la recourante ne sont pas d'une importance telle que la fixation d'un taux d'abattement supérieur à 15%, compte tenu également de l'âge de la recourante, s'impose pour des motifs objectifs pertinents. Il apparaît dès lors que l'intimé n'a pas mésusé de son pouvoir d'appréciation sur ce point.

**d)** En définitive, c'est à juste titre que l'OAI a retenu un revenu d'invalidé de 33'037 fr. 56 (soit 38'867 fr. 71 - 15%) qui, comparé au revenu sans invalidité de 48'584 fr. 64, donne un degré d'invalidité de 31,99%, soit un taux inférieur à celui ouvrant le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 LAI), ce qui rend superflu l'examen des conditions générales d'assurance dans le cas d'espèce.

**5.** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de

dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours déposé le 17 avril 2009 par O. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision rendue le 16 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- 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 :

- O. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :