

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 mars 2012

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE  
Juges : Mmes Röthenbacher et Pasche  
Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par CAP Protection juridique SA,  
à Lausanne

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.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise au bénéfice d'un permis B, née en 1976, couturière de formation, a été engagée par l'B.\_\_\_\_\_ comme aide de cuisine à 80% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007. Le 11 octobre 2008, elle a subi un accident professionnel lors duquel, selon ses dires, en déplaçant un chariot qui contenait des plateaux repas, certains services et couverts lui sont tombés sur la tête et l'épaule droite. Dès le 13 octobre 2008, elle s'est retrouvée en incapacité de travail à des taux variant entre 50 et 100%. F.\_\_\_\_\_, l'assureur-accidents, a pris en charge les suites de cet événement.

Une IRM cervicale a été effectuée le 16 février 2009. Le rapport qui lui a suivi a conclu à des discopathies dégénératives débutantes aux niveaux C5-C6 et à moindre degré C6-C7, s'accompagnant d'une toute petite hernie discale médiane plus volumineuse au niveau C5-C6 qu'à l'étage C6-C7, ne provoquant pas d'effet compressif sur la moelle épinière cervicale et ne s'étendant absolument pas à la hauteur des foramens, qui n'étaient donc pas rétrécis. Il ne se trouvait par ailleurs pas d'image IRM suspecte d'ancienne lésion traumatique osseuse ni de signe de myélopathie de la moelle épinière cervicale. Les articulations postérieures avaient un aspect normal, ainsi que les artères vertébrales, qui étaient symétriques.

A la demande de F.\_\_\_\_\_, l'assurée a fait l'objet le 6 mai 2009 d'un examen bidisciplinaire neurologique et psychiatrique au BREM, par les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 19 mai 2009, les experts ont conclu à l'absence de tout diagnostic neurologique ou psychiatrique, l'assurée disposant d'une entière capacité de travail dans toute activité. Ils ont indiqué en outre notamment ce qui suit, dans la partie consacrée à leur appréciation du cas :

« Au plan somatique

Les douleurs annoncées par Mme X. \_\_\_\_\_ évoquent une origine musculaire. Le mécanisme du traumatisme, même si le poids des éléments qui lui sont tombés dessus n'est pas connu, est peu à même d'induire une lésion musculaire, osseuse ou neurologique. On peut imaginer une lésion cutanée mais ni l'anamnèse, ni le status ne permettent d'en relever une trace. En effet, un choc d'une certaine énergie aurait provoqué un hématome ou une dermabrasion locale. Tel n'est pas le descriptif initial du médecin-traitant qui relate des myogéloses, constatation fréquente, banale.

Les plaintes de l'assurée sont le signe d'une contraction musculaire responsable d'une tendinite de l'angulaire de l'omoplate.

Il existe indéniablement un état antérieur sous forme d'un trouble statique de la ceinture scapulaire pouvant être à l'origine d'une dysbalance musculaire chez une patiente droitrière. Il serait utile d'établir une enquête pour s'assurer qu'aucun symptôme en relation n'est survenu auparavant auquel cas on aurait affaire actuellement à un statu quo sine. S'il n'y avait pas de symptomatologie antérieure, si le médecin traitant peut attester qu'il n'a jamais observé antérieurement de dysbalance musculaire chez cette date, on peut alors évoquer un statu quo ante.

Dans ces circonstances, on ne peut retenir une cause justifiant un arrêt de travail de plus de quelques jours.

Sa capacité de travail sur le plan neurologique est de 100% dès le 05.05.2009.

#### Au plan psychiatrique

Mme X. \_\_\_\_\_ n'a présenté aucun antécédent psychopathologique particulier jusqu'à ce jour. L'anamnèse ne révèle pas de traumatisme majeur, de maltraitance ou de carence particulière.

Madame signale une relation conjugale heureuse et une vie de famille axée sur ses trois jeunes enfants. A relever un certain isolement social, hormis la belle-sœur de Madame, tout le reste de la famille vit au Portugal, ainsi qu'une sœur en Allemagne. Toutefois, Mme X. \_\_\_\_\_ ne se plaint pas de cet éloignement en précisant qu'actuellement sa famille est représentée par son mari et ses trois enfants.

A l'examen psychique, je ne relève aucun élément de la lignée dépressive, psychotique, anxieuse ou de trouble grave de la personnalité.

Mme X. \_\_\_\_\_ peut fonctionner dans son quotidien. A Pâques 2009, Madame s'est rendue en voiture au Portugal, trajet prenant habituellement 18 heures et cette fois 21 heures. Monsieur faisant des haltes en raison des douleurs évoquées par Madame.

Il est vraisemblable qu'il y avait déjà surcharge avant l'accident, Madame travaillant à 80%, gérant tout son ménage de manière très perfectionniste selon ses dires et consacrant beaucoup de temps à ses trois jeunes enfants. L'accident, même mineur, a fait office de catalyseur et a déclenché des douleurs manifestation d'origine

fonctionnelle. Toutefois, l'absence de détresse émotionnelle, de facteurs psychosociaux conséquents et le fait que les douleurs n'occupent pas toute la scène ne permettent pas, selon la Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10, de retenir un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

De même, j'exclus un diagnostic de majoration des douleurs physiques pour des raisons psychologiques car Mme X.\_\_\_\_\_ est apparue authentique et n'a nullement majoré ses douleurs durant l'entretien.

Au vu de ce qui précède, je ne retiens aucun diagnostic psychiatrique et par conséquent aucune limitation.

Sur le plan psychique, la capacité de travail est entière dès ce jour. »

Le 4 juin 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Le 25 juin 2009, elle a indiqué à l'OAI que, en bonne santé, elle travaillerait au minimum à 80%, et si possible à 100% dès qu'une place aurait été disponible.

Dans un rapport établi le 20 août 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ et la Dresse V.\_\_\_\_\_, respectivement médecin-associé et médecin-assistante au Département de l'appareil locomoteur de [...], ont indiqué, à titre de diagnostic avec effet sur la capacité de travail, des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (status post-traumatisme direct cervical en octobre 2008, troubles statiques et dégénératifs cervicaux, déconditionnement physique global et focal, probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, syndrome de l'angulaire de l'omoplate à droite, dysbalance musculaire étagée touchant aussi bien le secteur inter-cervico-bibrachial que lombo-pelvi-crural). Le pronostic leur paraissait nettement défavorable sur le plan psycho-social, au vu notamment de trois tentatives échouées de reprise du travail, même à 20%, et ils avaient l'impression qu'une composante thymique prenait une part importante dans les consultations, s'accompagnant de symptômes de dépression. Un traitement de reconditionnement physique était primordial, et des séances intensives de physiothérapie avaient été prescrites depuis juillet 2009. La capacité de travail dans l'activité

habituelle était nulle, en raison de la symptomatologie dépressive entraînée par la pérennisation des douleurs.

Le 29 septembre 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ et la Dresse V. \_\_\_\_\_ ont répondu comme suit à des questions complémentaires posées par l'OAI :

**« - A part les lombalgies non spécifiques qui sont apparues en mai 2009, les autres troubles ont-ils été totalement pris en compte dans l'expertise du BREM du 19.05.2009? Existe-t-il des faits médicaux qui ont une répercussion pour l'AI? »**

Il n'existe pas de fait nouveau outre les lombalgies non spécifiques apparues en mai 2009, selon notre rapport précédent. L'expertise du BREM de mai 2009 n'est cependant pas complète, se positionnant d'un point de vue neurologique et psychiatrique, alors que Madame X. \_\_\_\_\_ a essentiellement des plaintes ostéo-articulaires mécaniques. Un complément d'expertise rhumatologique pourrait donc se justifier, ceci bien que notre examen en milieu universitaire documente des insuffisances fonctionnelles corrélées à la symptomatologie et justifiant un traitement de rééducation au long cours. Tant que celui-ci n'apporte pas de résultats significatifs, la capacité de travail exigible reste minimale, soit < 30%, même dans une activité adaptée.

**- Les hernies cervicales dont vous parlez dans votre rapport médical du 14.09.09 sont-elles compressives? Y a-t-il une irritation des racines nerveuses?**

Les hernies cervicales ont bénéficié d'une IRM à ciel ouvert en mars 2009, Madame X. \_\_\_\_\_ présentant une claustrophobie et notre tentative d'effectuer une IRM de qualité en juillet 2009 s'étant montrée infructueuse malgré une anxiolyse. Toutefois, nous n'avons pas de signe neurologique à l'examen clinique. L'IRM à ciel ouvert de mars 2009, pour les raisons techniques mentionnées ci-dessus, n'est pas déterminante dans un contexte asséculo-logique. Il faut préciser que la douleur évoquée par la patiente est compatible avec une pathologie discale non compressive. »

Le 5 janvier 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique au Service médical régional de l'AI (SMR) par le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ce médecin n'a retenu, sur le plan ostéo-articulaire, aucun diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu un statut post-traumatique direct sur la région cervicale, des antécédents d'un syndrome de l'angulaire de

l'omoplate à droite et des phénomènes algiques polymorphochroniques traduisant vraisemblablement une souffrance d'origine psychique sous-jacente. La capacité de travail exigible était entière dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée depuis mai 2009, sans aucune limitation fonctionnelle. Ce rapport contient en outre notamment ce qui suit :

« Jeune assurée, âgée de 32 ans, d'origine portugaise, en incapacité de travail à 100% depuis le 13.10.2008, à la suite d'un traumatisme pariétal D, du rachis cervical postérieur D et épaule D. Aucune lésion ostéoarticulaire objective n'a été mise en évidence à la suite de ce traumatisme. Depuis lors, l'assurée présente une symptomatologie algique centrée sur le rachis cervical et le MSD, qui s'est progressivement étendu à l'ensemble des 4 membres, sous la forme de douleurs d'intensité maximale (douleurs flash, pouvant durer plusieurs minutes à plusieurs heures, accompagnées de faiblesse musculaire). Les différentes investigations réalisées à ce jour, aussi bien sur le plan ostéoarticulaire que neurologique n'ont pas mis en évidence de pathologie significative pouvant expliquer la chronicité des plaintes évoquées par l'assurée. A signaler une expertise neurologique et psychiatrique, réalisée le 15.05.2009, à la demande de l'assurance accident, ne retenant aucun diagnostic d'ordre psychiatrique ou neurologique, pouvant évoquer des plaintes mises en avant par l'assurée. Ces experts évoquent une origine musculaire en relation avec des troubles statiques du rachis cervical à l'origine des plaintes évoquées par l'assurée.

L'examen clinique au SMR met en évidence une assurée en excellent état général sur le plan somatique. Aucune limitation dans les amplitudes articulaires n'a été objectivée. Aucun déficit d'ordre neurologique n'a été objectivé hormis une hyposensibilité subjective touchant le membre supérieur D dans son ensemble, sans territoire anatomique reconnu, en présence d'absence d'erreur au piqué-touché, de troubles de la pallesthésie ou du trouble du sens positionnel. L'examen de médecine générale est sp, hormis la mise en évidence de 3 points sur 18 selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie et de 3 signes sur 5 selon Waddell, en faveur d'un processus de type non organique. Un diagnostic formel de fibromyalgie ne peut être retenu en présence que de 3 points sur 18 selon Smythe pour une telle pathologie.

La documentation radiologique mise à disposition au dossier médical (compte-rendu dactylographié) évoque des troubles statiques et dégénératifs mineurs du rachis cervical, sans mise en évidence de pathologie compressive sur le plan médullaire ou radiculaire.

En conclusion : cette assurée présente une symptomatologie algique touchant le rachis dans son ensemble, avec des phénomènes de faiblesse aux dépens des membres supérieurs et inférieurs associés à des plaintes algiques. Cette symptomatologie ne peut s'expliquer par aucune atteinte d'ordre neurologique ou ostéoarticulaire objectivable. Il est vraisemblable que les plaintes mises en avant par l'assurée s'inscrivent dans un contexte d'expression corporelle, d'un

trouble d'ordre psychique, difficilement exprimable par l'assurée (lors de l'entretien d'anamnèse, celle-ci a présenté à plusieurs reprises des pleurs).

En l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère invalidant de longue durée au sens de l'AI, cette assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque activité que ce soit, y compris dans son activité antérieure d'aide de cuisine.

Le diagnostic de déconditionnement physique global et focal, associé à des dysbalances musculaires étagées évoqué par le Dr G.\_\_\_\_\_, du 14.09.2009, n'a pas été retrouvé lors de l'examen au SMR. »

Dans un rapport SMR du 4 février 2010, le Dr C.\_\_\_\_\_ n'a retenu, sur la base des rapports établis par le BREM et par le Dr R.\_\_\_\_\_, aucune atteinte à la santé invalidante, et une capacité de travail entière dans toute activité, sans limitations fonctionnelles, depuis le mois de mai 2009.

Par projet de décision du 9 février 2010, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser tant des mesures d'ordre professionnel qu'une rente d'invalidité. Se basant sur les conclusions de l'expertise neurologique et psychiatrique du BREM, ainsi que sur celles de l'examen clinique rhumatologique du SMR, l'OAI a retenu que, à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, à savoir au 13 octobre 2009, la capacité de travail et de gain de l'assurée était entière, et que son degré d'invalidité était par conséquent nul.

Ce projet, qui n'a pas été contesté par l'assurée, a été confirmé par décision du 23 mars 2010.

**B.** Par acte du 7 mai 2010, X.\_\_\_\_\_, par l'intermédiaire de CAP Protection juridique SA, a interjeté recours contre la décision du 23 mars 2010 et a demandé un délai afin de pouvoir produire un rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_.

Par réponse du 5 juillet 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les rapports établis par le BREM et le SMR, qui

reconnaissent une pleine capacité de travail à la recourante, ont pleine valeur probante.

Le 22 octobre 2010, la recourante a produit un rapport établi le 19 octobre 2010 par le Dr G.\_\_\_\_\_. Selon ce médecin, la recourante présente une atteinte fonctionnelle objective et un déconditionnement niés à tort par les médecins du SMR, dont les affirmations n'ont pas de fondement scientifique, l'examen physique étant incomplet, du fait notamment de l'absence de prise en compte des notions d'endurance et de limitations fonctionnelles. Selon le Dr G.\_\_\_\_\_, il est impératif d'évaluer correctement l'atteinte fonctionnelle de sa patiente par le biais d'une expertise. Se basant sur ce rapport médical, la recourante a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

Le 15 novembre 2010, l'intimé a confirmé ses conclusions, sur la base d'un avis médical de la Dresse T.\_\_\_\_\_ du SMR, qui indique ce qui suit :

« Ce rapport médical [*rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010*] discrédite l'examen clinique SMR du 05.01.2010. L'examen clinique SMR de janvier 2010 est convaincant : il prend en compte les plaintes de l'assurée et se fonde sur un examen clinique complet avec notamment une mesure des amplitudes des différentes articulations et l'analyse des rapports d'imagerie à disposition. Par ailleurs, cet examen est fait en pleine connaissance du dossier médical et fournit une appréciation claire et cohérente de la situation médicale, ainsi que des conclusions motivées.

Le rapport médical du Dr G.\_\_\_\_\_ du 19.10.2010 n'apporte aucun élément médical nouveau et objectif susceptible de modifier l'appréciation faite à la suite de l'examen rhumatologique SMR de janvier 2010. Le déconditionnement physique dont il fait mention n'est pas une atteinte à valeur incapacitante, d'autant plus que l'assurée est apte à s'occuper des tâches ménagères et de ses 3 enfants sans difficulté apparente. De plus, le déconditionnement physique est rapidement réversible, et il est du ressort de l'assurée de tout mettre en œuvre pour réduire le dommage.

Au vu de ces remarques, il n'y a pas lieu de prévoir une nouvelle expertise comme le propose le Dr G.\_\_\_\_\_, ni même de s'écarter de l'appréciation médicale faite dans le rapport d'examen SMR du 04.02.2010 qui tient compte non seulement de l'examen clinique SMR de janvier 2010, mais également de l'expertise neurologique et

psychiatrique réalisée au BREM en mai 2009 à la demande de l'assureur-accident. »

Le 8 décembre 2010, la recourante a requis que, dans la mesure où les avis du SMR et du Dr G. \_\_\_\_\_ présentent une valeur probante au moins équivalente et contiennent des conclusions contradictoires, une expertise judiciaire soit mise en œuvre, afin de déterminer si elle souffre ou non d'une atteinte à la santé invalidante. Subsidiairement, elle a conclu à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimé pour qu'il procède à des investigations complémentaires.

Le 10 janvier 2011, l'intimé a confirmé 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 procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, compte tenu des fêtes de l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-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. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA).

**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).

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, 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). Selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois 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 ; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). Par ailleurs, selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité est en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe doit être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPG (ATF 137 V 210, consid. 1.2.1 in fine, avec les références ; 135 V 465, consid. 4.4).

**4. a)** Se basant sur les conclusions de l'expertise du BREM et sur celles de l'examen du Dr R.\_\_\_\_\_, l'intimé retient que la recourante ne présente, depuis mai 2009, aucune incapacité de travail dans une quelconque activité. La recourante quant à elle se prévaut de l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui conteste la valeur probante du rapport établi par le Dr R.\_\_\_\_\_, et demande qu'une expertise soit mise en œuvre pour fixer sa capacité de travail.

**b)** Le rapport établi en janvier 2010 par le Dr R.\_\_\_\_\_ se fonde sur un examen clinique complet, qui comprend notamment la

mesure des amplitudes des différentes articulations et l'analyse des rapports d'imagerie à disposition, et qui prend en compte les plaintes de la recourante. Ce rapport a été établi en pleine connaissance du dossier médical et fournit une appréciation claire et cohérente de la situation médicale de la recourante, ainsi que des conclusions motivées. Il remplit donc tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, de même d'ailleurs que le rapport du BREM du 19 mai 2009, qui ne retient aucun diagnostic incapacitant et dont les conclusions claires et dûment motivées font suite à un examen complet de la recourante sur les plans neurologique et psychiatrique. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient le Dr G.\_\_\_\_\_, le neurologue du BREM a examiné la recourante sur le plan articulaire et a constaté, comme le Dr G.\_\_\_\_\_, que celle-ci présentait une dysbalance musculaire, mais que le trouble statique de la ceinture scapulaire n'était pas invalidant. De plus, l'IRM effectuée n'a démontré que des discopathies débutantes et une toute petite hernie discale sans effet compressif. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé lui-même que l'expertise du BREM avait pris en compte l'ensemble des troubles de la recourante, à l'exception des lombalgies apparues récemment. De plus, contrairement à ce que soutient le Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr R.\_\_\_\_\_ a bien retenu une symptomatologie algique touchant le rachis dans son ensemble, avec des phénomènes de faiblesse aux dépens des membres supérieurs et inférieurs, associés à des plaintes algiques. Cette symptomatologie ne peut toutefois s'expliquer, selon le médecin du SMR, par aucune atteinte d'ordre neurologique ou ostéoarticulaire objectivable. Le Dr R.\_\_\_\_\_ ne conteste donc pas la symptomatologie douloureuse de la recourante ni les limitations fonctionnelles que celle-ci peut entraîner. Il constate toutefois que cette symptomatologie ne peut s'expliquer par aucune atteinte ostéoarticulaire objectivable. Par ailleurs, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a pas constaté de déconditionnement physique, qui n'aurait de toute manière justifié, le cas échéant, qu'un traitement de physiothérapie.

Quant au rapport du Dr G.\_\_\_\_\_ du 19 octobre 2010, il n'apporte aucun élément médical nouveau et objectif susceptible de modifier l'appréciation faite par le Dr R.\_\_\_\_\_ à la suite de son examen

rhumatologique. Le déconditionnement physique mentionné par le Dr G. \_\_\_\_\_ n'est pas une atteinte à valeur incapacitante, d'autant plus qu'il ressort de l'expertise du BREM que la recourante est apte à s'occuper des tâches ménagères et de ses trois enfants sans difficulté apparente et que le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé, lors de son examen, de déconditionnement physique global.

Il convient donc de retenir que la recourante dispose, depuis le mois de mai 2009, d'une capacité de travail entière dans toute activité et qu'elle doit, le cas échéant, s'efforcer de suivre un traitement (de physiothérapie notamment) visant à la reconditionner physiquement, conformément à son obligation de limiter le préjudice subi. En effet, selon l'art. 16 LPGA, est déterminant le point de savoir si, du point de vue somatique, la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle est objectivement exigible (ATF 132 V 393, consid. 3.2), ce qui est le cas en l'occurrence. Le droit de la recourante à une rente d'invalidité n'est donc pas ouvert.

Quant aux mesures professionnelles, elles n'ont pas lieu d'être lorsque l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière est à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste, ce qui est également le cas en l'espèce (ATF 130 V 488, consid. 4.2 ; 124 V 108, consid. 2b). Dès lors, le droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle n'est pas non plus ouvert.

**5.** Il résulte de ce qui précède que le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit sur le plan médical et que de nouvelles mesures d'instruction ne seraient pas susceptibles de modifier l'appréciation de la Cour, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que requise par la recourante (ATF 134 I 140, consid. 5.3 ; 130 II 425, consid. 2.1).

En définitive, le recours doit être rejeté et la décision du 23 mars 2010 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 fr. (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  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours déposé le 7 mai 2010 par X. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 23 mars 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, par 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 :

- CAP Protection juridique SA (pour X. \_\_\_\_\_),
- 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 :