

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 décembre 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mmes Röthenbacher et Dessaux  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Marianne Fabarez-Vogt, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA; 28 LAI; 87 al. 3 et 4 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recoursante), née en 1952, mariée et mère de deux enfants nés en 1974 et 1989, ressortissante d'ex-Yougoslavie, est entrée en Suisse en 1992. Elle a suivi l'école obligatoire dans son pays d'origine puis y a travaillé en qualité d'ouvrière dans une usine textile de 1969 à 1989. En Suisse, elle a travaillé deux mois, en juillet et août 1993, pour l'entreprise D. \_\_\_\_\_ (Suisse) SA.

Le 21 mai 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle indiquait se trouver en incapacité de travailler à compter de 1989 en raison des suites d'une ectopie thyroïdienne linguale découverte en 1983 ainsi que de douleurs rhumatismales apparues dès 1993. Le 17 juin 2003, elle a précisé qu'en bonne santé, elle aurait travaillé dès 1989 à 100% dans une usine textile.

Dans un rapport médical du 22 juin 2003 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1992, a indiqué que sa patiente avait obtenu une rente d'invalidité en Bosnie à la suite d'une opération d'exérèse partielle d'une ectopie thyroïdienne linguale traitée en raison d'allergies des voies respiratoires en 1983. En 1987, elle avait suivi une thalasso thérapie stationnaire à [...] (Croatie) avec une récurrence d'ectopie linguale, une rhinite allergique, un syndrome douloureux lombosacré chronique récurrent, une spondylose rachidienne et une anémie temporaire. L'incapacité de travail s'élevait ainsi à 70% depuis 1987 et était stationnaire depuis lors. Le médecin traitant mentionnait deux récurrences d'ectopie thyroïdienne en Suisse, en 1998 et 1999, traitées par iode radioactif. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'hypothyroïdie substituée depuis 1983, de polyarthrose depuis 1981, de tendinopathie à l'épaule droite et de fibromyalgie depuis 1996 et de trouble anxieux avec somatisations dès 1997.

A teneur d'un rapport médical du 11 mars 2004 à l'OAI, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint de la Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du CHUV, a observé que les plaintes de l'assurée consistaient en une fatigue, une grande nervosité ainsi que des palpitations et des douleurs rétro-sternales constrictives survenant à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit, sans relation avec l'effort, mais en relation avec le stress. Le Dr J.\_\_\_\_\_ évaluait l'incapacité de travail à 70% en toute activité et notait un état stationnaire.

Dans un rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 11 octobre 2005, les Drs E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et C.\_\_\_\_\_, psychiatre, du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, ont notamment exposé ce qui suit:

"[...]

#### **DIAGNOSTICS**

##### **- avec répercussion sur la capacité de travail:**

- TENDINOPATHIE DU TENDON DU SUS-ÉPINEUX ET ARTHROSE ACROMIO-CLAVICULAIRE DÉBUTANTE DROITE (M75.1).
- IMPORTANTE CHONDROMALACIE AVEC GONARTHROSE DÉBUTANTE BILATÉRALE (M17.0).

##### **- sans répercussion sur la capacité de travail:**

- FIBROMYALGIE AVEC 18/18 TENDERS POINTS POSITIFS.
- DISCRETISSIME SYNDROME LOMBAIRE DANS LE CADRE D'UN TROUBLE STATIQUE ET DÉGÉNÉRATIF DÉBUTANT, DÉCONDITIONNEMENT GLOBAL ET INSUFFISANCE POSTURALE.
- STATUS POST-EXTIRPATION ET RADIOTHÉRAPIE D'UN THYROÏDE ECTOPIQUE LINGUALE EN 1983, RESPECTIVEMENT 1999.
- LÉGER ASTHME CONNU DEPUIS 1983.
- HÉMORROÏDES.
- STATUS POST-APPENDICECTOMIE EN 1985.
- ALLERGIE À LA POUSSIÈRE ET AUX POILS D'ANIMAUX.

#### **APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS**

##### **Du point de vue psychiatrique [...].**

L'appréciation spécialisée met en évidence une assurée souriante, vive et dynamique. Il n'a été décelé aucune maladie psychiatrique qui pourrait porter atteinte à sa capacité de travail. Sa vie sociale est riche, elle est active dans son foyer: les travaux ménagers sont exécutés consciencieusement, elle réalise ses achats, marche entre deux et trois heures par jour, court parfois, se baigne et aucune observation clinique n'a pu corroborer ses plaintes.

Les critères de Mosimann permettent d'exclure toute personnalité prémorbide et comorbidité psychiatrique, il n'y a pas d'affection corporelle chronique, pas de perte d'intégration sociale. Il est difficile d'évoquer un éventuel profit tiré de la maladie puisqu'on objective pas de maladie. Idem pour la chronicité. Les traitements conformes aux règles de l'art n'ont pas lieu d'être. Il n'y a pas de demande de soins.

### **Sur le plan somatique [...].**

En résumé cette assurée présente avant tout une fibromyalgie classique avec tous les tenders points positifs et un jump sign présent. Comme atteinte structurelle on peut retenir un début d'arthrose du genou droit, de l'acromio-claviculaire droite et un léger trouble statique et dégénératif rachidien, avec surtout une dysbalance musculaire et une importante insuffisance posturale attribuable à un déconditionnement global. Il faut cependant constater une grande discordance entre l'amplitude des mouvements spontanés, les douleurs et les limitations fonctionnelles alléguées et les données cliniques. Les différents phénomènes apparus depuis sa maladie thyroïdienne ne sont pas vraiment typiques: nausées, douleurs thoraciques, fourmillements et un essoufflement, chez une asthmatique légère traitée de façon dis continue. Elle a certainement eu des problèmes thyroïdiens dans le passé, mais la situation endocrinienne est actuellement bien équilibrée. La fibromyalgie constatée ne peut être considérée comme maladie invalidante et les modifications dégénératives sont peu avancées et pas limitatives d'une façon objective.

Néanmoins on ne demanderait pas de cette assurée qu'elle fasse un travail lourd ou dans des positions vicieuses, par contre son activité de ménagère et anciennement d'ouvrière dans une usine d'habits reste exigible. A noter qu'une normalisation du poids corporel et une rééducation visant l'endurance globale et la musculature du tronc seraient susceptibles d'améliorer la tolérance à l'effort considérablement.

### **Les limitations fonctionnelles**

Les limitations fonctionnelles sont somatiques: l'assurée ne devrait pas travailler dans une position statique agenouillée ou accroupie et les bras au-delà de l'horizontale, le port de charges est limité à 13 kilos occasionnellement.

[...]

**Concernant la capacité de travail exigible**, sur le plan somatique, cette assurée est absolument capable de travailler dans son activité de couturière ainsi que dans toute autre activité moyennement lourde. Les tâches ménagères de tous les jours sont possibles sans restriction.

### **CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE: 100%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE: 100%

DEPUIS LE: SANS OBJET."

Par décision du 18 janvier 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a considéré que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail médicalement justifiée dans son ancienne activité

professionnelle. A la suite de l'opposition formée par l'assurée contre cette décision, l'OAI a, par décision sur opposition rendue le 28 août 2007, confirmé le refus du droit aux prestations. Cette dernière décision est entrée en force.

**B.** Le 26 septembre 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y faisait état de "douleurs ostéoarticulaires multiples dans le contexte d'arthrose et syndrome fibromyalgique", "depuis plusieurs années".

Dans un courrier du 30 septembre 2008, l'OAI a informé l'assurée que sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que son invalidité ou son impotence s'était modifiée de manière à influencer ses droits. L'Office AI lui a ainsi imparti un délai pour produire un rapport médical ou pour apporter toute autre élément propre à constituer un motif de révision.

Le 26 novembre 2008, l'assurée, représentée par Me Fabarez-Vogt, a produit plusieurs pièces médicales dont en particulier:

- un rapport médical du 11 novembre 2008 du Dr L. \_\_\_\_\_ qui y relevait d'une part une augmentation de l'intensité de la symptomatologie relative aux douleurs ostéo-articulaires des genoux et au niveau du rachis, et d'autre part, une aggravation sévère de l'hypothyroïde justifiant un suivi de sa patiente par la Dresse I. \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie. Le médecin traitant considérait que l'assurée présentait une incapacité de travail totale;

- un rapport médical du 1<sup>er</sup> novembre 2008 établi par le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre suivant l'assurée depuis septembre 2007, qui a posé les diagnostics invalidants d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'hyperthyroïdie actuellement non maîtrisée, de troubles articulaires et de personnalité émotionnellement labile (F60.3). Ce psychiatre était d'avis que l'assurée présentait une incapacité de travail à 100% sur le plan psychiatrique;

- un rapport médical du 14 octobre 2008 du Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, dont il ressortait un pronostic réservé sur l'état de santé de l'assurée du fait de l'évolution récurrente des symptômes douloureux avec la conjonction des troubles dégénératifs arthrosiques et de la fibromyalgie, aggravée par le syndrome métabolique et les troubles thyroïdiens. Compte tenu des divers diagnostics somatiques et psychiques, ce spécialiste était d'avis que l'assurée présentait une incapacité de travail supérieure à 75%, y compris dans toute activité légère ou adaptée.

L'OAI a décidé de procéder à une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique). Dans un rapport d'expertise rhumatologique et psychiatrique du 21 décembre 2009, établi à la suite d'examens cliniques pratiqués le 15 octobre 2009, les Drs W.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et T.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH du Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM) à Vevey, ont notamment retenu ce qui suit s'agissant de l'état de santé de l'expertisée:

" [...]

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents?

- AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIQUE.
- GONARTHROSE BILATÉRALE STADE III (M17)

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail  
Depuis quand sont-ils présents?

- EPISODE DÉPRESSIF LÉGER SANS SYNDROME SOMATIQUE F32.10, PRÉSENT DEPUIS SEPTEMBRE 2007.
- FIBROMYALGIE (M79.0)
- DYSFONCTION THYROÏDIENNE (HYPOTHYROÏDIE SUBSTITUÉE) ACTUELLEMENT EN PHASE HYPERTHYROÏDIENNE (E03)
- OBÉSITÉ (E66)
- ASTHME (J38.5).

**5. Appréciation du cas et pronostic**

[...]

Au plan somatique

Madame se plaint de douleurs ostéoarticulaires multiples depuis de nombreuses années. Ces douleurs ont débuté bien avant son arrivée en Suisse.

En 2000, le diagnostic de Fibromyalgie a été posé. L'examen clinique de ce jour confirme ce diagnostic avec la présence de 18 points positifs sur 18.

Madame se plaignant de douleurs sur tout le rachis, nous avons réalisé un bilan radiologique. Ce bilan ne montre pas d'atteinte mis à part une légère discopathie L5-S1.

A cette même date, les médecins avaient constaté le début d'une gonarthrose bilatérale. Cette atteinte s'est aggravée avec les années. Actuellement elle peut être considérée comme sévère (grade III). La question d'une mise en place de prothèse se pose. L'examen clinique met en évidence une déformation des articulations avec une nette limitation de l'amplitude articulaire.

Cette atteinte entraîne les limitations suivantes: pas de travail nécessitant de monter ou descendre (échelles, escaliers ou pentes), pas de mouvements de flexion ou de genuflexion, pas de position debout prolongée, possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, pas de port de charges de plus de 5 kilos.

En 1983, madame a été opérée d'une thyroïde ectopique linguale. Elle a dû subir une iodothérapie en 1998 et 1999. Depuis et sous traitement substitutif, madame oscille entre une hyperthyroïdie et une hypothyroïdie. Actuellement elle est en légère hyperthyroïdie.

Cet état ne peut pas influencer sur la capacité de travail.

Madame n'a jamais travaillé en Suisse à part un essai de 4 mois comme femme de ménage dans une banque, pendant 4 mois. Elle n'a pas de formation professionnelle.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est entière.

#### Au plan psychiatrique

Aucun antécédent psychopathologique n'est relevé jusqu'en 2003. Dans le rapport du 07.05.2003, le Dr J.\_\_\_\_\_ du Département d'endocrinologie du CHUV évoque: *la multiplicité des plaintes et l'apparition d'une nouvelle plainte à chaque consultation, ainsi que la non-observance médicamenteuse s'inscrivent dans le contexte d'un syndrome dépressif lié à son incertitude sous-jacente quant à son statut de réfugiée. Il est également possible que le bénéfice secondaire escompté par rapport à la possibilité de rester en Suisse pour des raisons médicales explique cette symptomatologie et non-observance...*

Aucune médication psychotrope n'est prescrite à cette époque.

Le 21.05.2003 Madame dépose une nouvelle demande de rente AI.

Le 09.09.2005, la Dresse C.\_\_\_\_\_, psychiatre au SMR, ne constate aucune maladie psychiatrique ni de personnalité prémorbide. L'intégration sociale est mentionnée comme bien développée.

Le 28.08.2007, l'Office AI confirme une décision de refus de prestations.

En septembre 2007, Madame est adressée au Dr N.\_\_\_\_\_. Elle bénéficie d'entretiens d'abord hebdomadaires, puis espacés à quinzaine et à ce jour toutes les 4-5 semaines. Un traitement psychotrope antidépresseur anxiolytique et inducteur du sommeil est introduit.

Le 01.11.2008, le Dr N.\_\_\_\_\_ évoque un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et une personnalité émotionnellement labile.

Le 27.03.2009, le Dr N. \_\_\_\_\_ décrit dans son status: *mimique très triste, éclate fréquemment en larmes. Se plaint de multiples douleurs de manière parfois très démonstrative. Perte d'intérêt pour le monde extérieur. Toute son attention est dirigée vers son corps. Elle ne présente guère de possibilités d'élaboration. Intolérance à la frustration, image d'elle-même très négative, tendance à développer des liens de dépendance avec son entourage et l'interlocuteur se traduisant par des comportements parfois infantiles et une régression.*  
*Incapacité de travail: 100%.*

A l'examen clinique effectué en présence d'une interprète de langue serbo-croate, Mme R. \_\_\_\_\_ se montre très démonstrative. Après 5 minutes d'entretien, elle dit ne plus pouvoir parler en raison de sa fatigue et de son état de santé, puis progressivement elle se montre de plus en plus tonique et prolixe, tant et si bien que l'interprète et moi-même devons l'interrompre à plusieurs reprises dans son discours.

Malgré les importants troubles mnésiques évoqués par Mme R. \_\_\_\_\_, cette dernière donne des dates extrêmement précises et une anamnèse superposable à celle relatée le 9 septembre 2005 à la Dresse C. \_\_\_\_\_, psychiatre au SMR du Léman.

Dans le contact, tant l'expert rhumatologue que l'experte psychiatre ont ressenti une personne démonstrative, théâtrale et peu authentique.

Dans les symptômes florides de la lignée dépressive sont relatés une humeur dépressive (partiellement objectivé), une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie (non objectivé, Madame devient de plus en plus tonique durant l'entretien et en particulier lorsqu'elle quitte le cabinet accompagnée de l'interprète), une diminution de la confiance en soi (objectivé), des troubles du sommeil, une difficulté à soutenir son attention à se concentrer (non objectivé).

Au vu de ce qui précède et si l'on considère les symptômes objectifs, on peut tout au plus retenir un épisode dépressif léger.

A relever un taux sérique bas d'antidépresseur compte tenu de la dose (40mg/jour); ceci est compatible avec un métabolisme rapide et/ou une compliance partielle. La dose d'antidépresseur doit par conséquent être augmentée avec nouveau contrôle du taux sérique 15 jours plus tard.

Madame ne présente pas de manque d'appétit ou de perte pondérale, de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, de vision négative ou irréaliste des perspectives d'avenir, d'idéation suicidaire scénarisée, d'incapacité à ressentir des émotions, de réveil très matinal, d'état d'abattement matinal, de ralentissement psychomoteur ou d'agitation.

A la lecture des rapports du Dr N. \_\_\_\_\_, je constate que les symptômes subjectifs et objectifs ne sont pas distingués: en considérant les symptômes objectifs au status, je ne retiens pas un diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques mais tout au plus celui d'un épisode dépressif léger. Par ailleurs, si cet épisode dépressif était sévère depuis fin 2007, on peut s'étonner

d'un suivi ne s'effectuant que toutes les 4-5 semaines et du maintien de la même dose d'antidépresseur sans taux sérique effectué.

Mme R. \_\_\_\_\_ présente des traits histrioniques, sans que l'on ne puisse retenir un trouble de la personnalité. Je ne retiens pas un trouble de personnalité émotionnellement labile évoqué par le Dr N. \_\_\_\_\_ car Madame n'a pas tendance à agir avec impulsivité; elle ne présente pas de capacité d'anticipation très réduite ni des éclats de colère avec des comportements de violence ou explosifs, ni de sentiment permanent de vide. Madame ne s'est pas engagée dans des relations intenses et instables et n'a pas présenté de crise émotionnelle marquée, ni de tentative de suicide répétée ou de geste auto-agressif.

Mme R. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de symptômes compatibles avec un état de stress post-traumatique, un trouble affectif bipolaire ou une psychose.

Cependant des facteurs psychosociaux sont présents au premier plan (mari rentier AI, difficultés financières, absence de formation et incertitude quant au renouvellement du permis de séjour). Ces facteurs sortent du champ médical.

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

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

#### Au plan physique

Pas de travail nécessitant de monter ou descendre (échelles, escaliers ou pentes), pas de mouvements de flexion ou de genuflexion, pas de position debout prolongée, possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, pas de port de charges de plus de 5 kilos.

#### Au plan psychique et mental

Pas de limitation qualitative et quantitative en lien avec l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

#### Au plan social

Madame évoque une sociabilité limitée à sa famille proche. Toutefois un épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'est guère susceptible d'entraîner une limitation sévère sur le plan social.

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

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

#### Au plan physique

La gonarthrose bilatérale de stade 3 entraîne une diminution de la capacité de travail, comme ménagère, de 30%.

#### Au plan psychique

L'épisode dépressif léger sans syndrome somatique n'interfère pas sur la capacité de travail. Madame dit ne pas avoir travaillé en Suisse.

### 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

La capacité de travail est de 70%.

Au plan psychique

La capacité de travail est de 100%.

[...]

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

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

Au plan physique

Toutes les activités respectant les limitations énoncées ci-dessus.

Au plan psychique

Oui, d'autres activités sont exigibles de la part de l'assurée, sans que l'on n'ait à tenir compte de critères particuliers.

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

Au plan physique

8 heures par jour, à 100%.

Au plan psychique

L'activité peut être exercée à raison de 8 heures par jour.

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

Au plan physique

Non.

Au plan psychique

Pas de diminution du rendement dans une activité à 100%. [...]"

Au terme d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 mai 2010, établi à la suite d'un entretien avec l'assurée à son domicile, l'enquêtrice de l'OAI a proposé un status d'active à 100% en se référant aux renseignements communiqués par l'assurée à l'OAI le 17 juin 2003, ainsi qu'aux déclarations de sa fille le jour de l'entretien. L'enquêtrice a par ailleurs souligné sous la rubrique "Observations/conclusions" du rapport d'enquête que l'assurée avait déclaré ne rien faire, de sorte qu'une approche théorique avait été nécessaire afin de chiffrer les empêchements ménagers s'élevant en définitive à 29,10%.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2010, intégralement confirmé selon décision rendue le 30 novembre 2010, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations de l'assurée. Ses constatations s'articulaient en ces termes:

"Votre première demande de prestations de mai 2003 a fait l'objet d'un refus du 19 janvier 2006. Nous avons conclu que vous ne présentiez pas d'atteinte à la santé invalidante.

En date du 26 septembre 2008, vous avez déposé une nouvelle demande de prestations.

Il ressort de l'instruction médicale que vous ne présentez pas d'atteinte psychique invalidante mais que votre état de santé somatique s'est aggravé depuis 2009 en raison d'une gonarthrose bilatérale. Votre capacité de travail est cependant toujours de 100% dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail nécessitant de monter ou descendre les échelles, escaliers ou pentes, pas de mouvements de genuflexion, pas de position debout prolongée, alternance des positions toutes les 45 minutes, pas de position agenouillée ou accroupie et les bras au-delà de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 5 kilos.

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre dernière activité, soit CHF 52'061.14 avec le revenu annuel auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée ne nécessitant pas de qualifications particulières (par exemple: activités industrielles légères, contrôle-surveillance d'un processus de production, montage-assemblage de pièces légères).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2008, CHF 4'116.- par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, 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 2008 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.- x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 52'061.14 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour

chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, de votre âge et de votre permis de séjour, un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 44'251.97.

Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant:

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:	
sans invalidité	CHF 52'061.14
avec invalidité	CHF 44'251.97
La perte de gain s'élève à	CHF 7'809.17 = un degré d'invalidité de 15%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. [...]"

**C.** Par acte du 19 janvier 2011, R.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision de refus précitée. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière dès le 18 septembre 2008. Subsidiairement, elle sollicite le droit à une rente partielle dès le 18 septembre 2008 et très subsidiairement, l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi à l'office intimé pour nouvelle décision. Se référant aux pièces médicales établies par ses médecins et produits à l'appui de sa seconde demande de prestations, elle allègue une aggravation de son état de santé tant physique que psychique qui n'a cessé d'évoluer. Elle fait à cet égard notamment allusion aux documents médicaux suivants:

- un rapport médical du 15 février 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_ au terme duquel ce généraliste est d'avis que l'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ni à une amélioration de la capacité de travail tout en précisant que, sur le plan psychologique, la recourante présente un état dépressif "rampant" lié à son état somatique et à la précarité de sa situation socio-économique. Sa capacité de travail est estimée comme nulle;

- un rapport médical du 27 mars 2009 du Dr N.\_\_\_\_\_ dans lequel ce médecin diagnostique un épisode dépressif sévère sans syndromes psychiatriques (F32.2) en précisant que depuis son précédent rapport, "anamnestiquement, l'état psychique de la patiente s'est constamment dégradé. Présence entre autres d'idées suicidaires, multiplication des examens spécialisés. L'intéressée se montrant sans intérêt pour les personnes de son entourage, tout en ayant besoin de leur constante proximité pour assurer la prise de ses médicaments, se rendre à ses rendez-vous ou sortir de chez elle". Le Dr N.\_\_\_\_\_ précise encore que toute tentative d'insertion professionnelle serait actuellement vouée à l'échec, que le rendement de sa patiente serait de 0%, et que la péjoration actuelle, en dépit du traitement, rend difficilement imaginable la diminution à moyen terme de ces restrictions;

- un courrier du 30 mars 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_ adressé au médecin-conseil de l'OAI d'après lequel l'aggravation des douleurs musculo-squelettiques entraîne des répercussions fonctionnelles engendrant des limitations dans la vie quotidienne et dans les déplacements de la recourante;

- un courrier médical du 30 juillet 2010 adressé à son conseil par le Dr L.\_\_\_\_\_ en lien avec le projet de décision du 1<sup>er</sup> juillet 2010 de l'OAI. Le prénommé y observe que sur le plan rhumatologique, l'atteinte à la santé affecte l'entier du squelette et en particulier le rachis, de sorte qu'il lui paraît impensable de retenir une pleine capacité de travail sur ce plan. Au niveau psychique, la position de l'office AI lui semble contestable dans la mesure où les éléments endocrinologiques jouent un rôle non négligeable dans l'aggravation de l'état dépressif sévère diagnostiqué.

La recourante reproche principalement à l'OAI de s'être basé sur l'expertise du BREM du 21 décembre 2009, datant de plus d'un an, en indiquant qu'elle n'avait été examinée qu'à une seule reprise dans ce cadre là alors que ses médecins traitant l'ont vue fréquemment, de sorte qu'il est arbitraire de rejeter leurs avis. Rappelant qu'elle se trouve, aux dires de ses médecins, dans un état dépressif sévère, elle relève qu'il s'agit d'une circonstance laissant augurer que la fibromyalgie

diagnostiquée a des conséquences sur sa capacité de travail. Précisant que la fibromyalgie diagnostiquée remplit 18 tenders points sur 18, qu'elle dure depuis plusieurs années sans rémission durable et qu'il existe une perte d'intégration sociale, la recourante avance ne pas disposer des ressources psychiques lui permettant de surmonter son état douloureux.

Par décision du 10 février 2011 du Juge instructeur de la Cour de céans, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 janvier 2011, Me Marianne Fabarez-Vogt étant désignée en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 17 mars 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. Il estime que l'expertise pluridisciplinaire du BREM tient compte des renseignements apportés par l'ensemble des médecins suivant la recourante, et que ces derniers ne font pas état d'éléments significatifs attestant une aggravation de son état de santé à compter de la fin 2009.

Par réplique du 21 avril 2011, la recourante relève qu'au vu des différents rapports médicaux produits, l'intimé aurait dû admettre que la fibromyalgie avait des conséquences sur sa capacité de travail. Citant des extraits des diverses pièces produites au dossier, elle observe que les idées suicidaires ont été évoquées plusieurs fois, contrairement à ce qui figure dans l'expertise du BREM. Elle indique en outre avoir présenté des crises émotionnelles marquées. Elle répète que la fibromyalgie a un effet invalidant et que la perte d'intégration sociale a été nettement décrite par l'ensemble des praticiens. Elle produit un nouveau certificat médical du 18 avril 2011 du Dr N. \_\_\_\_\_ qui décrit notamment une tendance à agir avec impulsion et une instabilité de l'humeur observées et corroborées par l'époux de l'intéressée sans qu'il n'y ait de comportements de violence, un engagement dans des relations instables, des tentatives de suicides répétées, une anxiété généralisée ou des troubles panique. Ce psychiatre retient que le trouble de la personnalité associé au trouble dépressif d'intensité fluctuante a un effet sur la capacité de travail de sa patiente. La recourante confirme les conclusions de son recours et requiert en complément, principalement, la réalisation d'une expertise sur le caractère invalidant de sa fibromyalgie ainsi que l'audition de sa fille,

R.\_\_\_\_\_. Subsidairement, elle demande l'avis d'un psychiatre ainsi que l'audition de sa fille.

Dans sa duplique du 19 mai 2011, l'OAI confirme les conclusions de sa réponse. Il répète qu'il n'existe aucun élément susceptible de jeter un doute sérieux sur les constatations du BREM de fin 2009, le certificat médical produit correspondant à la position précédemment exprimée en 2009 par le Dr N.\_\_\_\_\_, dont il a déjà été tenu compte lors de l'expertise du BREM.

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

**1. a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD), compte tenu des fêtes judiciaires d'hiver 2010/2011 (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

**2. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 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;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Selon 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, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins.

**b)** L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 pp. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient

obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPG; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**c)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI [Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201] tel qu'en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, actuellement art. 87 al. 2 et 3 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; TF I 716/2003 du 9 août 2004, consid.4.1).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI (tel qu'en vigueur jusqu'au

31 décembre 2011) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2).

Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; TF 9C\_970/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.2). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 75 consid. 3.2).

**3.** En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 26 septembre 2008 par la recourante. Il convient dès lors d'examiner si son état de santé s'est modifié depuis la décision sur opposition du 28 août 2007, dans une mesure propre à justifier désormais l'octroi de prestations d'assurance.

**4. a)** Selon le principe de 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 qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 consid. 3).

**b)** Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3, 2.3, 3.4.2.7; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était 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 devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 cité, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

**5.** Sur le plan rhumatologique, l'OAI considère encore que la recourante bénéficie d'une capacité de travail entière dans des activités respectant les limitations fonctionnelles suivantes: pas de travail nécessitant de monter ou descendre les échelles, escaliers ou pentes, pas de mouvements de genuflexion, pas de position debout prolongée,

alternance des positions toutes les 45 minutes, pas de position agenouillée ou accroupie et les bras au-delà de l'horizontale, pas de port de charges supérieures à 5 kg. Ces restrictions reprennent pour l'essentiel celles énoncées en page 26 du rapport d'expertise du BREM du 21 décembre 2009. Lors de son examen clinique du 15 octobre 2009, le Dr W.\_\_\_\_\_, rhumatologue, constate une fibromyalgie avec la présence de 18 points positifs sur 18. Il tient compte des plaintes de la recourante qui décrit des cervicalgies, des dorsalgies, des lombalgies, des douleurs au niveau des deux genoux, des chevilles, des poignets et des épaules, l'intéressée se disant très fatiguée. A l'examen, cet expert indique que les articulations ne montrent pas de signes d'arthrose ni d'arthrite excepté au niveau des deux genoux (arthrose). Dans son appréciation il expose qu'en raison de douleurs dans tout le rachis décrites par la recourante, un bilan radiologique a été réalisé. Ce bilan ne montre pas d'atteinte mis à part une légère discopathie L5-S1. A l'inverse, le Dr W.\_\_\_\_\_ observe, avec ses confrères ayant suivi l'assurée, une gonarthrose bilatérale décelée depuis plusieurs années avec une évolution défavorable. Ainsi en 2009, la question de la pose d'une prothèse doit être évoquée, de sorte que l'expert est d'avis de retenir le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de gonarthrose bilatérale de stade III (M17). Les limitations fonctionnelles qui en découlent correspondant à celles mentionnées par l'OAI dans sa décision de rejet.

Le rapport d'expertise du BREM comporte en pages 3 à 11, un résumé (anamnèse) du dossier médical de la recourante. On y observe notamment la prise en compte du rapport du 28 février 2002 du CHUV qui fait état d'un bilan radiologique montrant une gonarthrose gauche débutante en 1995. On y trouve aussi, l'examen clinique bidisciplinaire SMR d'octobre 2005 des Drs E.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ au terme duquel, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a également posé le diagnostic de gonarthrose débutante bilatérale (M17.0). Au vu de ces éléments, on doit admettre que le diagnostic invalidant posé par l'expert du BREM est justifié.

La recourante produit divers certificats médicaux de ses médecins traitants. On observe toutefois que ces rapports ne font pas état

de constatations médicales nouvelles par rapport à celles de l'expertise pluridisciplinaire du BREM. Ainsi, dans un rapport du 30 juillet 2010, le Dr L.\_\_\_\_\_, généraliste, exprime sa propre appréciation sans pour autant s'appuyer sur des éléments médicaux tangibles dont les spécialistes du BREM n'auraient pas tenu compte. Quant au courrier du 30 mars 2010 du Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue, outre le fait qu'il ne comporte pas d'appréciation sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, il reste très vague en évoquant uniquement une "aggravation des douleurs musculo-squelettiques" entraînant des "répercussions fonctionnelles avec notamment des limitations dans les activités de la vie quotidienne et les déplacements". S'agissant des rapports antérieurs des médecins traitants, à savoir le rapport du 28 février 2002 du Dr A.\_\_\_\_\_, celui du 11 mars 2004 du Dr J.\_\_\_\_\_, celui du 14 octobre 2008 du Dr V.\_\_\_\_\_ et celui du 15 février 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, ils ont tous été pris en compte dans l'anamnèse puis discutés par les experts du BREM dans le cadre de leur examen. Le Dr W.\_\_\_\_\_ s'est ainsi notamment distancé avec critique des multiples plaintes exprimées par la recourante, mettant en évidence plusieurs contradictions entre ces plaintes et les observations cliniques. A l'aune de ces circonstances, on ne voit pas de motif justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expertise du BREM sur le plan strictement somatique. La Cour retient par conséquent que la recourante dispose d'une capacité de travail à 100% dans toute activité adaptée, telle que décrite dans l'expertise.

**6.** La recourante allègue une incapacité de travail totale en raison principalement d'une fibromyalgie, dont elle estime que les effets sont aggravés par un épisode dépressif sévère et une hyperthyroïdie. Elle soutient que la gravité de ces atteintes à la santé a été sous-estimée par les experts du BREM et se réfère aux rapports des Drs V.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

**a)** Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à

une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/2007 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/2007 du 9 février 2007, consid. 4 in SVR 2007 IV n°45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent 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, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), ainsi que 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 (ATF 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff des Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figure la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent

vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 50 consid. 1.2).

**b)** En l'espèce, la Dresse T.\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute du BREM, pose le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.10), présent depuis septembre 2007. Elle a dûment pris en considération les diagnostics d'épisode dépressif grave et de personnalité émotionnellement labile, posés par le Dr N.\_\_\_\_\_, elle s'en est distancée en expliquant pourquoi, de manière convaincante. Elle a ainsi exposé, notamment, que le Dr N.\_\_\_\_\_ n'avait pas clairement distingué dans ses rapports médicaux les symptômes décrits par l'assurée et ses constatations objectives. Pour sa part, elle avait observé une certaine démonstrativité, voire une théâtralité et un manque d'authenticité de la recourante. L'expert ne se limite pas à l'affirmer; elle met en évidence dans son rapport plusieurs contradictions entre les déclarations de la recourante et ses propres constatations, notamment en ce qui concerne les allégations de manque d'énergie, de fatigabilité ou difficulté à soutenir son attention et à se concentrer ainsi que des troubles mnésiques. La Dresse T.\_\_\_\_\_ a également précisé que les idées suicidaires dont lui avait fait part la recourante demeuraient vagues et non scénarisées. Elle a constaté qu'un suivi psychiatrique par le médecin traitant à raison d'une consultation toutes les quatre à cinq semaines, avec le maintien d'une même dose d'antidépresseurs sans taux sérique mesuré (l'analyse effectuée pour l'expertise avait révélé un taux sérique bas d'antidépresseurs), ne paraissait pas correspondre au traitement d'un épisode dépressif grave.

Compte tenu de ces constatations probantes, ainsi que de celles du Dr W.\_\_\_\_\_, sur les plans psychiatriques et rhumatologiques, l'intimé a considéré à juste titre que la fibromyalgie dont souffrait la recourante n'entraînait pas d'incapacité de travail. La Dresse T.\_\_\_\_\_ a

exclu une comorbidité psychiatrique grave et a mis en évidence des nettes divergences entre les symptômes décrits de manière démonstrative et le comportement observé objectivement. Dans ce contexte, les allégations de la recourante - et de sa fille, lors de l'enquête économique sur le ménage - d'après lesquelles elle ne fait strictement rien à la maison et ne peut plus se déplacer seule, ne peuvent être que relativisées. L'audition de la fille de la recourante ne permettrait pas de se faire une idée beaucoup plus précise de la situation, compte tenu de la valeur probante restreinte que l'on devrait accorder à son témoignage. Enfin, rien ne permet de considérer que les experts du BREM auraient négligé de prendre en considération l'hyperthyroïdie dont souffre la recourante et dont ils ont expressément fait mention dans l'expertise.

**c)** Finalement, l'expertise pluridisciplinaire du BREM se fonde sur des examens cliniques, sur une étude complète et fouillée des pièces du dossier, sur les plaintes de l'assurée et sur une anamnèse rigoureuse. L'appréciation consensuelle du cas est cohérente et claire, sans éluder les écueils que constituent les avis divergents des médecins traitants. Ainsi, elle s'avère objective, scientifique et dûment motivée, de sorte qu'elle emporte pleine valeur probante, au sens de la jurisprudence rappelée sous consid. 4 a-b supra. Il est par ailleurs ici le lieu de rappeler qu'il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C\_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2, 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 et I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4). Une nouvelle expertise, demandée par la recourante en instance de recours, n'est pas nécessaire pour statuer. En se fondant sur le rapport du BREM, on doit constater que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité n'impliquant pas de monter ou descendre des échelles, escaliers ou des pentes, ni de travailler en effectuant des mouvements de flexion ou de genuflexion. Elle doit éviter les positions debout prolongées ainsi que le port de charges de plus de 5 kg, et doit pouvoir changer de position toutes les 45 minutes.

**7.** Au regard des limitations de la capacité de travail décrites, l'intimé a considéré que la recourante présentait un taux d'invalidité de 15 %. Il s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tant pour établir le revenu que pourrait réaliser la recourante sans invalidité (revenu hypothétique sans invalidité) que pour établir celui qu'elle peut encore obtenir malgré ses atteintes à la santé physique. Compte tenu de l'absence d'activité lucrative exercée durablement par la recourante depuis son arrivée en Suisse, le procédé est admissible (cf. ATF 126 V 75).

La jurisprudence admet, dans ce contexte, que l'on se réfère, en l'absence de formation professionnelle, au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 n°U 439 p. 347). Il convient par ailleurs de procéder à plusieurs adaptations pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures, qui ne correspond pas forcément à la durée de travail moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération; il convient également d'intégrer dans le calcul l'évolution des salaires nominaux entre la date de l'enquête statistique et l'année déterminante pour statuer sur le droit à la rente. Enfin, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de service, la nationalité, la langue, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75 cité).

En l'espèce, l'intimé a procédé aux adaptations requises en opérant notamment, pour établir le revenu d'invalidité, une déduction de 15 % pour tenir compte des circonstances personnelles propres à la recourante. Une déduction plus élevée n'est pas justifiée, d'autant qu'une partie des circonstances personnelles en question (notamment les difficultés linguistiques et l'absence de formation professionnelle) aurait

de toute façon limité les perspectives salariales de la recourante, même sans atteinte à la santé. Au demeurant, une déduction maximale de 25 % ne conduirait pas à l'admission d'un taux d'invalidité ouvrant droit à la rente demandée par la recourante. On précisera, enfin, que l'ESS comprend un éventail d'activités suffisamment variées pour que l'on puisse s'y référer pour établir le revenu hypothétique sans invalidité de la recourante, malgré les limitations entraînées par les atteintes à la santé dont elle souffre. En particulier, les métiers intégrés dans l'étude menée par l'Office fédéral de la statistique, sous la rubrique «activités simples et répétitives», ne comprennent pas exclusivement les travaux de nettoyage auxquels se réfère la recourante en p. 5 de son recours et pour lesquels elle ne dispose effectivement pas d'une pleine capacité de travail.

**8.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**a)** 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 (art. 69 al. 1bis LAI). Dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais, fixés à 400 fr., resteront provisoirement à la charge de l'Etat.

**b)** De même, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, également supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Marianne Fabarez-Vogt, conseil de la recourante, a produit une liste des opérations effectuées pour la recourante, le 11 décembre 2012. Elle fait état de 15h20 de travail et de débours pour un montant de 150 francs. Me Fabarez-Vogt mentionne notamment 7h30 de travail pour la rédaction du recours et du bordereau, ainsi que 5h20 de travail pour la rédaction de la réplique, ce qui paraît excessif. Me Fabarez-Vogt avait en

effet déjà suivi le dossier pendant la procédure administrative, depuis le 16 octobre 2008, de sorte qu'elle en avait une bonne connaissance avant la procédure de recours devant le Tribunal. Une indemnité de 2'700 fr., comprenant la rémunération du travail nécessaire à la défense des intérêts de la recourante au tarif horaire de 180 fr. prévu par l'art. 2 al. 1 let. a du Règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile, du 7 décembre 2010 (RAJ, RSV 211.02.3) – applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD – ainsi que les débours allégués par Me Fabarez-Vogt, paraît équitable en l'espèce. L'indemnité comprend la taxe sur la valeur ajoutée.

**c)** La partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 30 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Marianne Fabarez-Vogt, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'700 fr. (deux mille sept cents francs).
  
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
  
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Marianne Fabarez-Vogt (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :