

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Jomini et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T._____, à Payerne, recourante, représentée par Me Laurent Gilliard,
avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6ss LPGA; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée et mère de famille, ressortissante d'ex-Yougoslavie en Suisse depuis 1990, a déposé une demande de prestations AI le 3 mai 2007 tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait mention d'une dépression avec somatisations multiples (céphalées, cervicalgies et douleurs à la colonne lombaire) ainsi que d'un eczéma des mains et des bras dû à des allergies (travail avec des poissons). Elle précisait que ces atteintes à la santé existaient depuis septembre 2006.

Dans un questionnaire complété le 4 juin 2007, le dernier employeur de l'assurée, N._____ Sàrl à [...], a indiqué qu'elle avait été employée en tant qu'ouvrière en blanchisserie et avait travaillé jusqu'au 1^{er} septembre 2006, date à laquelle elle avait déclaré être malade. Il était notamment précisé qu'elle avait refusé de pratiquer un travail au séchoir tel que cela lui avait été proposé.

Selon un questionnaire du 11 juin 2007, le précédent employeur de l'assurée, de 1998 jusqu'à la fin juillet 2006, R._____ SA à [...], a communiqué que l'intéressée, qui occupait le poste d'auxiliaire dans le filetage de poissons, avait mis un terme à son activité en raison d'eczéma de contact, ne supportant pas de travailler dans l'humidité.

Dans un courrier du 13 juin 2007, l'assurée a exposé avoir travaillé du 7 août au 1^{er} septembre 2006 dans une blanchisserie. Dès les premiers jours, elle a dit avoir eu des douleurs aux jambes, mal à la nuque ainsi qu'aux mains, supportant difficilement la chaleur des draps et des serviettes sortant du séchoir. Elle a également indiqué avoir œuvré en tant qu'ouvrière à l'emballage et à la découpe de poissons, avec l'apparition dès 1994 d'une allergie aux mains.

A teneur d'un rapport médical du 22 juin 2007 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou

l'intimé) par le Dr P._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient ceux de dépression sévère réactionnelle principalement au milieu familial, de chronification d'un eczéma allergique aux poissons et latex au niveau des mains principalement, de cervico-brachialgies chroniques sur cervicarthrose et PSH (périarthrite scapulo humérale) bilatérale, de chondropathie rétro-rotulienne bilatérale et de troubles somatoformes. Ce médecin évaluait une incapacité de travail à 100% dès le 2 septembre 2006.

Dans un rapport médical à l'OAI du 11 septembre 2007, les Drs C._____, médecin adjoint et L._____, médecin-assistant auprès de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (UPA) à [...] ont notamment retenu ce qui suit:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:
Episode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (2005)
Anxiété généralisée (2005)
Chronification d'un eczéma allergique au poisson et latex au niveau des mains principalement (1993)
Cervico-brachialgies chroniques sur cervicarthrose et périarthrite scapulo-humérale bilatérale (2005)
Condopathie rétrorotulienne bilatérale (2005)
Difficultés liées à la situation familiale
[...]
B. Incapacité de travail d'au moins 20% reconnue médicalement dans l'activité exercée jusqu'à ce jour en tant que :
100% du 02.09.2006 à actuellement."

Ces médecins ont précisé qu'un horaire de travail irrégulier n'était pas envisageable et qu'un environnement de travail froid, poussiéreux, stressant et sujet à allergies était à éviter.

Aux termes d'un avis médical SMR du 19 septembre 2008, les Drs V._____ et W._____ ont observé ce qui suit:

"Selon le Dr P._____, médecin traitant, elle [l'assurée] souffre d'une dépression sévère réactionnelle à des problèmes familiaux, un eczéma de contact chronique, des cervicalgies et une PSH [périarthrite scapulo humérale] bilatérale, une chondropathie rotulienne et un trouble somatoforme douloureux. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique à l'UPA de [...] depuis janvier 2007. Les

psychiatres retiennent un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique et une anxiété généralisée et confirment l'incapacité de travail totale. Le trouble somatoforme n'est plus mentionné.

En résumé, on se trouve en face de pathologies potentiellement incapacitantes multiples:

- Psychiatrique, sous forme d'un état dépressif et d'une anxiété généralisée,
- Ostéo-articulaire, avec des cervicalgies dégénératives, une PSH bilatérale et une chondropathie rotulienne,
- Dermatologique, avec un eczéma de contact au poisson et au latex.

Dans ces conditions, une expertise de type COMAI est indiquée. La présence d'un traducteur neutre sera peut-être nécessaire."

Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et dermatologique) du 28 janvier 2009 établi à la suite d'examens cliniques pratiqués les 24 octobre et 2 décembre 2008, les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en dermatologie, du Centre d'Expertise Médicale (CEMED) SA à [...] se sont prononcés comme il suit:

"6. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale:

Mme T._____ est une assurée kosovare de 43 ans, arrivée en Suisse en décembre 1990, sans formation particulière, elle a été active dans divers emplois, principalement dans une usine de poissonnerie. Elle est mariée avec un compatriote qui est bénéficiaire d'une rente AI complète pour des raisons ostéo-articulaires et dépressives. Le couple a quatre enfants.

L'assurée présente des problèmes médicaux au niveau ostéo-articulaire depuis environ 2003 sous forme de douleurs qui se sont progressivement diffusées; au niveau dermatologique un eczéma de contact allergique depuis 1993; au niveau psychique depuis 2006 des symptômes dépressifs, l'assurée est suivie par un psychiatre sans traitement antidépresseur. On relève un premier épisode dépressif en 1992.

Situation actuelle:

Sur le plan somatique les plaintes sont toujours les mêmes et induisent un tableau invalidant au point que l'assurée ne se sent plus être en mesure de faire quoi que ce soit.

Elle se plaint de rachialgies chroniques, prenant également les ceintures scapulaires et pelviennes, irradiant vers la racine des membres et leur périphérie sans manifestation de perte de force ou de sensibilité.

Parallèlement elle souffre de douleurs du compartiment antérieur des genoux.

L'examen clinique est celui d'un syndrome fibromyalgique floride avec accentuation nette de tous les symptômes, et d'une chondropathie rétro rotulienne bilatérale dans le cadre d'une obésité.

Il n'existe aucun déficit neurologique et les investigations complémentaires n'ont pas permis de retenir une lésion anatomique susceptible d'expliquer le tableau douloureux.

A elle seule, la symptomatologie douloureuse n'est pas invalidante, la capacité de travail est entière.

Sur le plan dermatologique, il ne fait pas de doute que cette assurée a présenté une dermite de contact mixte allergique (thiurames) et irritative (poissons) diagnostiquée dès 1995. Le problème provient du fait qu'elle aurait dû être à l'époque signalée à la Suva. Celle-ci aurait certainement retenu le diagnostic de maladie professionnelle et procédé à une décision d'inaptitude professionnelle. Un possible reclassement professionnel aurait pu être alors envisagé.

Madame T. _____ n'a ni bénéficié du suivi demandé à l'époque par le Dr D. _____, ni signalé son cas à la Suva comme cela aurait dû être fait et elle n'est plus retournée dans le secteur spécialisé de la Clinique de Dermatologie du [...], ceci pour des raisons que nous n'avons pas réussi à comprendre, si ce n'est la constatation d'une certaine méfiance persistante de l'assurée et surtout de son mari vis-à-vis du suivi dermatologique qui l'a empêchée de bénéficier des soins optimaux reconnus dans ces situations de dermite chronique des mains (photothérapie, immunosuppresseurs, etc.).

Par la suite, l'assurée a poursuivi pendant plusieurs années son activité, avec des poussées d'eczéma des mains, elle s'est progressivement retrouvée dans un contexte de dermite chronique des mains, avec des mains de plus en plus sensibles aux irritants variés. Ce qui explique pourquoi les autres activités exercées à court terme (horticulture, blanchisserie) ont également entraîné une aggravation du status dermatologique.

Hors contact avec les substances incriminées, la capacité de travail peut être considérée comme entière.

Sur le plan psychique le tableau douloureux et la fibromyalgie peuvent être apparentés à un trouble douloureux somatoforme. Il se caractérise par des douleurs multiples et variables dans le temps, qui durent depuis cinq ans, s'exprimant de manière démonstrative, et n'acceptant pas l'absence de base somatique à ces douleurs. Il y a aussi une altération de la relation conjugale et partiellement des relations amicales.

Anamnestiquement, il existe un épisode dépressif apparaissant chronologiquement après le début du trouble somatoforme. Il est actuellement amandé si l'on se base sur les éléments objectifs de

l'évaluation. La présence d'une tristesse ne permet pas à elle seule de retenir un diagnostic d'épisode dépressif.

En conclusion, l'assurée présente un trouble somatoforme appelé somatisation. Il n'y a pas actuellement d'épisode dépressif.

Il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

[...]

7. Réponses aux questions de l'Assurance Invalidité

A. Questions cliniques

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

Dermite de contact mixte allergique et irritative

En particulier:

- Dermite de contact allergique aux Thiurames (additifs des caoutchoucs)
- Dermite de contact irritative aux poissons ainsi que très probablement à d'autres irritants classiques environnementaux (produits de nettoyage, aliments, terre, végétaux, etc...). - Sensibilisation allergique au nickel.

A noter:

a) Pas d'allergie au latex (je n'ai retrouvé aucune trace de prick test au latex) mais allergie de contact aux Thiurames (additifs des caoutchoucs) fréquemment présents dans les gants latex ou caoutchouc.

b) Pas d'allergie aux poissons, mais une dermite de contact irritative aux poissons.

Ces diagnostics sont connus depuis juin 1995.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents?

- Somatisation F45.0 depuis probablement 5 ans.
- Trouble dépressif récurrent (selon anamnèse du dossier) F33 depuis 1992.
- Fibromyalgie
- Syndrome douloureux des compartiments antérieurs des genoux

[...]

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique,

Ostéo-articulaire: pas de limitation.

Dermatologique: l'état cutané observé ce jour ne contre-indique pas la reprise d'une activité professionnelle pour autant que l'on tienne compte des diagnostics précités au point 4.

Sur le plan psychique et mental,

Aucune

Sur le plan social,

Aucune

Les questions suivantes ne concernent que la problématique dermatologique qui est la seule à être limitative durablement.

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

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

Il est clair que cette patiente ne peut reprendre une activité, même protégée avec des gants adaptés dans le domaine alimentaire, car les risques de réapparition de son eczéma sont majeurs.

Dans le contexte de dermite de contact mixte allergique et irritative chronique, il conviendra d'éviter les irritants dans l'environnement professionnel potentiel de la patiente.

Actuellement, même l'usage de produits de nettoyage et les contacts répétés avec l'eau sont à même d'exacerber la pathologie cutanée dormante.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Nulle dans la profession antérieure dans l'entreprise de poissonnerie.

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

Non.

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

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis l'époque où elle était encore en activité dans un milieu à risque, jusqu'en 2006.

Actuellement la capacité est nulle dans la même activité, mais complète dans une activité adaptée.

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

L'état cutané des mains s'est grandement amélioré, ce qui lui permettrait de reprendre une activité à temps complet dans une activité adaptée (les mains en milieu sec).

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Pas d'incapacité de travail.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Oui, dans un domaine où elle ne serait pas en contact avec des milieux humides ou des irritants. Il conviendrait également d'insister

sur le fait de ne pas porter de gants en caoutchouc ou latex pouvant contenir du thiurame. Les gants polyvinyle ou nitrile pourraient lui être proposés.

Dans la vente ou de manutention (par exemple), son problème dermatologique n'aurait aucune raison de réapparaître.

[...]

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

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?

Oui, cf. C1.

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

100%

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

Non.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

-"

Dans un avis médical SMR du 24 février 2009, le Dr V. _____
a résumé la situation en ces termes:

"[...]

L'assurée se plaint de rachialgies chroniques prenant les ceintures scapulaire et pelvienne et irradiant vers la racine des membres. L'examen rhumatologique est celui d'un syndrome fibromyalgique floride avec accentuation nette de tous les symptômes, et d'une chondropathie rotulienne bilatérale dans le cadre d'une obésité. Il n'y a pas de déficit neurologique et les examens complémentaires n'ont pas montré de lésion anatomique susceptible d'expliquer le tableau douloureux. A elle seule, la symptomatologie ostéo-articulaire n'est pas invalidante.

Au plan dermatologique, il est indéniable que l'assurée présente une dermite de contact allergique et irritative, diagnostiquée en 1995 déjà, mais dont le traitement n'a pas été observé par l'assurée. Cette atteinte impose des limitations fonctionnelles, mais permet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Enfin l'examen psychiatrique est compatible avec une somatisation, sans trouble de l'humeur. L'épisode dépressif décrit dans l'anamnèse est en rémission, de sorte qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle de ce registre.

Au surplus, il n'y a pas d'affection corporelle chronique sans rémission durable, de perte d'intégration sociale significative, d'état psychique cristallisé, et tous les traitements n'ont pas été épuisés

(l'assurée ne prend pas d'antidépresseur, et n'a pas suivi le traitement dermatologique proposé).

Les limitations fonctionnelles, essentiellement dermatologiques, sont détaillées dans le corps de l'expertise.

En conclusion, on peut admettre, en accord avec les experts, que l'activité antérieure dans le conditionnement de poissons n'est plus exigible. On doit aussi admettre qu'une activité adaptée pourrait être exercée à plein temps."

Par communication du 20 mars 2009, l'OAI a indiqué à l'assurée que les conditions pour l'octroi de l'aide au placement étaient remplies. Le 30 avril 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'à défaut de réponse de sa part dans les trente jours, il considérerait qu'elle renonçait à la mesure précitée.

Par projet de décision du 29 mars 2009, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un rejet de la demande de rente. Il résultait de ses constatations qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, soit au 2 septembre 2007, l'assurée présentait une incapacité de travail dans son activité d'ouvrière en blanchisserie mais qu'à l'inverse, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail. Après comparaison entre le revenu qui aurait pu être obtenu sans invalidité (39'281 fr.) et celui d'invalide ressortant des données statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) sous déduction d'un abattement de 10% en regard des limitations fonctionnelles présentées (45'973 fr. 92), il n'en résultait aucun préjudice économique.

Par décision du 29 avril 2009, l'OAI a intégralement confirmé son projet de refus de rente AI du 29 mars 2009.

B. Le 29 mai 2009, T._____, représentée par Me Laurent Gilliard, a recouru contre la décision de refus de rente précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'un taux d'invalidité d'au moins 50% lui est reconnu. Elle fait valoir en substance qu'aucun examen dermatologique sérieux n'a été effectué par les experts du CEMED, si bien

qu'il serait erroné de retenir que ses mains ne sont sensibles qu'aux poissons et au latex, en exposant qu'elle a également présenté des allergies en travaillant dans l'horticulture et la blanchisserie. Elle s'interroge également sur l'activité qui pourrait être exercée compte tenu de ses allergies. Elle allègue en outre présenter d'autres atteintes à la santé, à savoir une discopathie L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'un syndrome douloureux chronique. Elle soutient enfin que l'avis des experts du CEMED voulant que son état dépressif serait amendé est contesté par les psychiatres de l'UPA de [...].

Par décision du 17 juin 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Laurent Gilliard étant désigné en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 12 août 2009, l'OAI conclut au rejet du recours. Il soutient en bref qu'au vu de sa qualité, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du CEMED a pleine valeur probante, de sorte qu'il convient de retenir que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé. Reprenant les pièces médicales figurant au dossier, il relève que l'ensemble de la problématique médicale a été examinée, y compris l'aspect dermatologique, et qu'il apparaît superflu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, au seul motif que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée fait l'objet d'une appréciation différenciée. L'intimé souligne qu'il ressort de l'expertise pluridisciplinaire du CEMED que l'assurée ne présente actuellement aucun épisode dépressif et que la présence de tristesse ne permet pas à elle seule de retenir un tel diagnostic. Il relève pour terminer que le trouble douloureux dont elle souffre n'est pas invalidant, faute de remplir les conditions posées en la matière par la jurisprudence.

Par réplique du 21 octobre 2009, la recourante conteste l'appréciation de l'intimé selon laquelle il n'y a pas chez elle de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Elle produit à cet effet un rapport médical du 11 septembre 2009 des Dresses

K._____, cheffe de clinique adjointe et E._____, médecin-assistante de l'UPA à [...] adressé à son conseil, dont il ressort notamment ce qui suit:

"[...]

Au niveau psychiatrique, nous pouvons retenir actuellement les diagnostics suivants:

F32.11 Episode dépressif moyen avec syndrome somatique

F61 Traits de personnalité impulsive, passive-agressive et masochiste

F45.4 Syndrome douloureux persistant

Ces diagnostics sont basés sur notre observation clinique actuelle. La patiente présente une thymie triste avec pleurs, troubles de l'attention et de la concentration, une aboulie, une anhédonie mis à part les moments qu'elle passe avec ses enfants, de la fatigue, un retrait social, un sentiment de «marre de tout», une perte d'élan vital, des idées noires (elle aimerait parfois être morte, mais actuellement ne veut pas se donner la mort). On relève également de l'irritabilité, de la colère avec mouvements impulsifs et des mouvements de passivité agressive, ainsi qu'un sentiment de rejet, d'injustice, de non reconnaissance, de dévalorisation chez cette patiente qui peine beaucoup à élaborer. La symptomatologie anxieuse n'est actuellement pas au premier plan.

[...]

Actuellement, Mme T._____ présente une période difficile et n'est momentanément pas en mesure de travailler. Cependant, dès que l'état psychique de la patiente le permettra, nous soutenons un projet de reprise d'activité professionnelle avec une évaluation de la capacité résiduelle de travail dans le cadre d'un stage AI."

Elle maintient les conclusions de son recours.

Dans sa duplique du 6 novembre 2009, l'intimé indique que les arguments ressortant du rapport médical précité ne sont pas de nature à rediscuter le bien fondé de la décision litigieuse. Il confirme les conclusions de sa réponse.

Dans ses déterminations du 20 janvier 2010, la recourante relève qu'elle présente une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, se référant au rapport médical du 11 septembre 2009 produit à l'appui de sa réplique. De surcroît il est inimaginable pour elle d'être en mesure de travailler, ses doigts se crevassant même lorsqu'elle est au repos.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours a été déposé en temps utile. Il est en outre manifestement recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain, qui lui ouvrirait le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.

3. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1), toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 constitue une incapacité de gain, 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.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1^{re} phrase, LAI). Cette disposition consacre la méthode générale de la comparaison des revenus. Elle prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

Le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors

en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165; Pratique VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). La fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic

émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), 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 der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 77).

Selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit., p. 81, note 135).

4. Il convient d'examiner la capacité de travail de la recourante aux plans somatique, dermatologique et psychiatrique, étant précisé qu'il n'est pas contesté que son activité dans le conditionnement de poissons n'est plus exigible.

a) Au plan somatique, la recourante se plaint de rachialgies chroniques et dit souffrir du compartiment antérieur des genoux. L'examen clinique des experts du CEMED est celui d'un syndrome fibromyalgique floride avec accentuation nette de tous les symptômes et d'une chondropathie rétro rotulienne bilatérale dans le cadre d'une obésité. Il n'existe aucun déficit neurologique et les investigations complémentaires n'ont pas permis de retenir une lésion anatomique susceptible d'expliquer le tableau douloureux. Ainsi les experts du CEMED retiennent, après avoir examiné la recourante, pris connaissance de son dossier médical et pris en considération ses plaintes, que la symptomatologie douloureuse n'est pas invalidante et que la capacité de travail est entière sur ce plan. Le rapport d'expertise du CEMED, dont le contenu est clair et les conclusions motivées, remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). La recourante allègue certes souffrir d'une discopathie L4-L5 et L5-S1. Or la discopathie débutante en L4-L5 et L5-S1 qu'elle évoque est compatible avec son âge, sans qu'il soit possible de lui reconnaître pour autant un caractère incapacitant.

b) Au plan dermatologique, les experts du CEMED relèvent une dermatite de contact mixte allergique (thiurames) et irritative (poissons) diagnostiquée depuis 1995. Ils notent que plusieurs années durant, la recourante a continué son activité avec des poussées d'eczéma des mains ce qui a eu pour conséquence qu'elle s'est progressivement retrouvée avec une dermatite chronique des mains. Ainsi hors contact avec les substances incriminées, la recourante conserve une capacité de travail considérée comme entière. Ces observations sont compatibles avec le rapport médical du 22 juin 2007 du médecin traitant, le Dr P._____, qui entre autres diagnostics, retient la chronification d'un eczéma allergique aux poissons et latex au niveau des mains principalement. On constate au demeurant que contrairement à ce que soutient la recourante dans ses écritures, les experts ne retiennent pas qu'elle n'est sensible «qu'aux poissons et au latex» mais qu'elle présente plutôt une dermatite de contact mixte allergique (aux thiurames [additifs des caoutchoucs]) et irritative (aux poissons, produits de nettoyage, aliments, terre, végétaux, etc...). Ils exposent ainsi qu'en poursuivant son activité pendant plusieurs années avec des poussées d'eczéma des mains, elle s'est progressivement retrouvée dans un contexte de dermatite chronique des mains, celles-ci étant de plus en plus sensibles aux irritants variés, ce qui explique pourquoi les autres activités exercées à court terme (horticulture, blanchisserie) ont également entraîné une aggravation du status dermatologique. Les experts CEMED en déduisent que l'état cutané observé chez la recourante ne contre-indique pas la reprise d'une activité professionnelle, pour autant qu'il soit tenu compte des diagnostics posés.

La recourante se plaint du fait «qu'aucun examen dermatologique sérieux» n'a été effectué au CEMED. Or l'examen pratiqué au CEMED l'a été par un spécialiste FMH en dermatologie, à savoir le Dr H._____, lequel a en outre pris connaissance des rapports médicaux établis par les dermatologues de la recourante. Dans ces conditions, il ne peut être fait grief au rapport d'expertise CEMED de ne pas être fondé sur des examens suffisants. Sur le plan dermatologique également, le rapport d'expertise du CEMED est probant. C'est encore le lieu d'observer que vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un

emploi respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail en général - et le marché du travail équilibré en particulier - (TF I 383/2006 du 5 avril 2007, consid. 4.4), on constate qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes de la recourante.

c) S'agissant du plan psychiatrique, les experts estiment que le tableau douloureux et la fibromyalgie peuvent être apparentés à un trouble somatoforme douloureux appelé somatisation. Ils notent par ailleurs un épisode dépressif actuellement amendé.

Selon la jurisprudence applicable en la matière (cf. consid. 3d supra), le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté.

En l'occurrence, les experts n'ont pas mis en évidence la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Quant aux autres critères déterminants, il n'a pas été relevé d'affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Seul 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) est suspecté par les experts en rapport avec le conflit présent au sein du couple de la recourante. Les experts notent par ailleurs un manque de volonté pour se soigner, la recourante ayant déclaré que son traitement médicamenteux ou un suivi psychiatrique s'avèrent inutiles. Dans ces circonstances, il ne fait pas de doute que la suspicion de

l'existence d'un seul critère déterminant est insuffisante pour attribuer un caractère invalidant au trouble psychiatrique ressortant de l'expertise du CEMED.

En cours de procédure, la recourante a produit un rapport médical des médecins de l'UPA de [...] du 11 septembre 2009. A sa lecture, on constate que cette pièce médicale ne contredit pas les observations des experts du CEMED. Les médecins y relèvent en effet une liste d'affections établie à la suite d'une observation clinique de la recourante et posent notamment le diagnostic de syndrome douloureux persistant (F45.4). Quant aux diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de traits de personnalité impulsive, passive-agressive et masochiste (F61), dans la mesure où les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux et qu'ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (cf. consid. 3d supra), force est de constater que ces diagnostics ne sauraient permettre de modifier les conclusions des experts du CEMED en attribuant un caractère invalidant à l'atteinte psychiatrique.

Au vu des considérations qui précèdent, il convient de retenir qu'au plan psychiatrique également, le rapport d'expertise CEMED, qui comporte une anamnèse circonstanciée, relate les plaintes de la recourante, ne comporte pas de contradictions, procède d'une étude approfondie du cas et dont les conclusions sont claires et bien motivées, revêt une entière valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3c supra).

d) En conséquence, force est de constater que tant sur les plans somatique que dermatologique et psychique, la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

5. Il convient enfin de déterminer le taux d'invalidité présenté par la recourante, en procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA).

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2).

Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en règle générale en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2; 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 8C_287/2010 du 18 novembre 2010 consid. 3).

b) Dans la décision litigieuse, l'intimé retient pour 2007 un revenu réalisable sans invalidité s'élevant à 39'281 fr. ([18 fr./h. pour 42 h. hebdomadaires travaillées, avec 8,33% en sus {droit à quatre semaines de vacances}] X 12), ceci sur la base des indications fournies selon le questionnaire complété le 4 juin 2007 par le dernier employeur de la recourante, R. _____ SA. Après vérification, ce montant doit être porté à 39'310 fr. 80 ([18 fr./h. x 42 h. x 4 x 8,33%] x 12).

S'agissant du revenu d'invalidé, la décision attaquée se fonde sur les données de l'ESS pour une activité simple et répétitive dans le secteur privé niveau de qualification 4 (tableau TA1, ESS 2006, p. 15) et prend en compte un montant mensuel de 4'019 francs. Adapté au temps de travail hebdomadaire moyen dans les entreprises en 2007 (41,7 h.) et tenant compte de l'indexation des salaires (+ 1,60%), c'est un revenu annuel de 51'082 fr. 13 qu'il convient de retenir.

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc et les références citées). En l'occurrence, l'office intimé a fixé un abattement de 10 % de sorte que le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 45'973 fr. 92.

Après comparaison entre les deux revenus susmentionnés, il est constaté que la recourante ne présente aucun préjudice économique.

La Cour de céans relève que même dans l'hypothèse où il aurait été tenu compte d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé, portant celui-ci à 43'419 fr. 81, la recourante ne présenterait toujours aucun préjudice économique de nature à lui ouvrir le droit à la rente.

6. En définitive, la décision querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

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. 1 bis LAI). Dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais fixés à 400 fr. sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Une indemnité d'office doit être versée à Me Gilliard au titre de l'assistance judiciaire pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause dans le cadre de la procédure de recours. Sur la base de son décompte de 10 heures, contrôlé d'office, l'indemnité est fixée à 1'800 fr. (10 x 180 fr.), plus la TVA (136 fr. 80 pour 10 heures au taux de 7.6 %),

soit une somme de 1'936 fr. 80. A ce montant s'ajoutent encore les débours fixés à 34 fr. 40, plus la TVA au taux de 7.6 %, soit un montant de 37 fr. pour les opérations effectuées jusqu'au mois de février 2010. Le montant total des débours de 37 fr. (34 fr. 40 + 2 fr. 60 de TVA) ajouté à l'indemnité d'office de 1'936 fr. 80 donne un total de 1'973 fr. 80 dû à Me Gilliard.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 29 avril 2009 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 Laurent Gilliard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'973 fr. 80 (mille neuf cent septante-trois francs et huitante centimes), TVA comprise.
- V. 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.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Gilliard (pour T. _____),
- 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 :