

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 juin 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Michel Chavanne, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 29 al. 2 Cst ; 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16 LPGA ; 28 al. 2 et 28a al. 1,
2, 3 LAI ;**

27 et 27bis RAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en dernier lieu en qualité d'analyste de marché à 50% pour S._____. Elle a déposé le 11 février 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait valoir d'importantes douleurs au bras droit, à la nuque et à l'épaule droite avec brûlures et fourmis l'empêchant de lever et d'utiliser ce bras depuis juillet 2009, ainsi qu'une perte de force et de la sensation normale dans la main droite.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 22 février 2011, l'assurée oeuvrait depuis 1989 pour le compte de S._____. Dès le 1^{er} avril 2001, elle a travaillé 21 heures par semaine, pour un salaire mensuel de 3'650 fr. par mois, cette activité ayant été exercée jusqu'en juin 2009.

Dans son rapport médical à l'OAI du 24 février 2011, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a expliqué que la patiente était en complément d'investigation et qu'il ne lui avait pas reconnu d'incapacité de travail. Il a joint son rapport de première consultation du 22 novembre 2010, dans lequel il a posé les diagnostics de conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux et de cervicobrachialgies droites avec troubles dysesthésiques du membre supérieur correspondant.

S'adressant à l'OAI le 2 mars 2011, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des cervicalgies avec contractures musculaires associées depuis avril 1999, des cellulalgies diffuses des membres inférieurs et un conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux et des cervicobrachialgies droites avec troubles dysesthésiques du membre supérieur correspondant depuis juillet 2009. Il a précisé à cette occasion que la patiente avait subi une intervention gynécologique le 1^{er} juillet

2009 sous anesthésie générale lors de laquelle elle se trouvait en décubitus dorsal et avait glissé de la table, ce qui avait entraîné une hyper-extension du rachis. La chute avait été freinée par l'anesthésiste qui l'avait rattrapée par l'épaule et avait évité qu'elle ne chute sur le sol. Au réveil, l'assurée avait signalé d'emblée des douleurs de la nuque et de l'épaule droite. Des examens avaient conduit à retenir, au niveau du rachis, une radiculopathie C6 droite, et, s'agissant de l'épaule, un conflit sous-acromial avec tendinite du sus-épineux. Le Dr G. _____ a fait état d'une incapacité de travail totale du 26 mai 2009 à « ce jour ».

Interpellée par l'OAI sur la question de savoir à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé, l'assurée a indiqué qu'elle oeuvrerait à 50% depuis janvier 2000 par nécessité financière (formulaire de détermination du statut du 6 avril 2011).

Selon la déclaration d'incident per-opératoire du 5 juillet 2009 du Dr H. _____, spécialiste en anesthésie, adressée le 15 avril 2011 à l'OAI, la patiente n'avait signalé aucune douleur particulière dans la région cervico-thoracique le jour de l'opération. L'examen pratiqué au retour en chambre par le Dr H. _____ (examen moteur complet et examen de la sensibilité au toucher sur les quatre membres) n'avait permis de constater aucun déficit. Le lendemain de l'opération, cependant, elle avait fait valoir une douleur d'apparition brusque rétro claviculaire droite, dont l'intensité était supérieure à la douleur post opératoire. A sa demande, le Dr H. _____ lui avait expliqué une nouvelle fois ouvertement ce qui s'était passé en salle d'opération, à la suite de quoi l'assurée lui avait indiqué qu'elle souffrait depuis longtemps de l'épaule droite et des cervicales, mais que le type de douleurs présenté était différent de ses douleurs chroniques.

Dans son rapport médical du 18 avril 2011 à l'OAI, le Dr V. _____, rhumatologue traitant depuis 1996, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- « - douleurs complexes du membre supérieur droit sur conflit sous-acromial avec atteinte du sus-épineux, radiculopathie C6 droite sur sténose canalaire,
- status après manœuvre d'étirement traumatique per-opératoire avec hyper-extension du rachis (1.7.2009, cf. copies de lettres),
- status trois mois après réaction anaphylactique stade III d'œdème de Quincke (cf. lettre de sortie service de soins continus, N._____). »

Le Dr V._____ a en outre retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis août 2009 dans la dernière activité exercée, celle-ci n'étant plus exigible. Il a répondu par la négative à la question de savoir si l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, et a notamment joint à son rapport les pièces suivantes :

- un rapport de radiographies des épaules et de la colonne cervicale, échographie de l'épaule droite du 13 août 2009 du Dr W._____, spécialiste en radiologie, qui a conclu à une discopathie sévère C5-C6 et des signes discrets de tendinopathie du sus-épineux, mais n'a décelé aucune particularité aux épaules,
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite du 17 juin 2010 du Dr R._____, spécialiste en radiologie, selon lequel l'assurée souffrait de discrètes tendinopathies distales du sus-épineux, distale et supérieure du sous-scapulaire et d'une minime amyotrophie du sus-épineux, l'épaule droite ne montrant par ailleurs aucune anomalie,
- un rapport du Dr RG._____, spécialiste en neurologie, qui a retenu l'absence d'arguments pour une souffrance tronculaire périphérique ou pour une souffrance au niveau du plexus brachial, tout en rappelant qu'il y avait des cervicalgies anciennes,
- un avis de sortie du Service de soins continus de l'Hôpital de N._____ du 3 janvier 2011 établi par la Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne, suite au séjour du 2 au 3 janvier 2011 de l'assurée, posant le diagnostic de réaction anaphylactique stade III avec œdème de Quincke attribué aux champignons versus accupro, anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après : AINS).

L'OAI a demandé production du dossier de P._____, assureur perte de gain. Il en ressort notamment une expertise du 6 novembre 2009 de la Dresse C._____, spécialiste en rhumatologie auprès de la Clinique Clinique M._____, qui a posé les diagnostics de tendinopathie du sus-épineux droit et d'atteinte irritative C6 droite sur cervicarthrose C5-C6. Elle a en outre retenu au titre de limitations fonctionnelles tous les mouvements situés au-dessus de la ligne des épaules, les ports de charges de plus de 5 kg et les mouvements répétitifs des membres supérieurs, estimant que l'assurée pouvait exercer une activité adaptée respectant ces limitations à temps plein, avec reprise le 15 décembre 2009 à 80% pendant un mois, puis à 100%. Figure également dans le dossier de l'assureur perte de gain un courrier du Dr V._____ du 22 janvier 2010, qui expliquait que la symptomatologie, certes chronifiée mais exacerbée par l'événement traumatique du 1^{er} juillet 2009, ne permettait pas, pour l'instant, à la patiente de reprendre son activité professionnelle comme susmentionné, une longue rééducation, un traitement anti-inflammatoire et un suivi étant à prévoir.

Dans son rapport médical du 30 août 2011 à l'OAI, le Dr G._____ a jugé que l'état de santé de la patiente depuis son dernier rapport était stable, celle-ci souffrant de son membre supérieur droit, dont elle se servait de moins en moins. Il a précisé que l'assurée avait cessé de faire de la physiothérapie durant la dernière année et renoncé à prendre des AINS en raison d'une réaction anaphylactique sévère accompagnée d'un Quincke sous Xefo et IEC. L'assurée ne supportant par ailleurs pas les dérivés d'opiacés, seul un traitement antalgique de Dafalgan avait été conservé. Il a maintenu les diagnostics posés dans son rapport médical du 2 mars 2011 (cervicalgies avec contractures musculaires associées depuis avril 1999, cellulalgies diffuses des membres inférieurs et conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux et cervicobrachialgies droites avec troubles dysesthésiques du membre supérieur correspondant depuis juillet 2009), ajoutant celui de pseudo-parésie proximale et distale du membre supérieur droit sans anomalie à l'examen électro physiologique.

S'adressant à l'OAI le 4 octobre 2011, le Dr V._____ s'est prononcé sur l'évolution de sa patiente depuis son dernier rapport en ces termes :

« L'évolution de l'état de santé est très fluctuante, il n'y a en tout cas pas d'amélioration depuis le dernier rapport que je vous ai envoyé.

Il est donc de la première importance de pouvoir entrer en matière pour évaluer la situation de Mme B._____ qui ne peut absolument plus effectuer d'activité de bureau en raison de ses cervicobrachialgies et de l'impotence de son membre supérieur droit, plurifactorielles. »

Dans un avis médical du 12 octobre 2011, les Drs K._____ et T._____, médecins auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) ont estimé que la situation interpellait par les divergences d'opinion des différents médecins intervenus jusqu'alors, concernant la date de début de l'incapacité de travail, l'évolution de l'état de santé et la capacité de travail. Ils ont dès lors recommandé la mise en œuvre d'une expertise rhumato-psychiatrique à la Clinique D._____ (ci-après : D._____), où l'assurée a séjourné, pour le besoin de l'expertise, du 9 au 11 janvier 2012.

Dans le rapport d'expertise médicale de la Clinique D._____ du 10 février 2012, les Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychologie et L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, ont posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit avec conflit sous-acromial (M75.4) et de cervicalgies chroniques non spécifiques (M54.2) avec discopathie C5-C6. Ils ont également constaté, sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée (I10.90), un status après œdème de Quincke en janvier 2011, un status après hystérectomie par laparoscopie en 2009 ainsi qu'un nodule thyroïdien.

Sous la rubrique « Appréciation », les experts se sont exprimés en ces termes :

« Mme B. _____ est une femme de [...] ans originaire des [...], divorcée et mère d'un enfant, remariée en [...]. Elle n'a pas accompli de formation professionnelle. Elle s'est rendue à [...] après la maturité pour apprendre le français, a rencontré son premier mari et s'y est définitivement établie. Elle s'est formée sur le tas dans la finance au gré de diverses entreprises dans lesquelles elle a travaillé jusqu'au 1^{er} septembre 1989, date à laquelle elle entre en fonction chez S. _____ à [...] comme analyste de marché. Elle y travaille à temps complet jusqu'au 1^{er} avril 2001, date à laquelle son temps de travail est diminué à 50% en raison d'une restructuration. Après une hystérectomie par laparoscopie le 1^{er} juillet 2009, l'assurée développe d'intenses douleurs cervico-scapulaires droites attribuées aux suites d'un incident per-opératoire avec glissement de la table d'opération. On relève qu'elle avait présenté en 1996 et 1999 des épisodes de cervicobrachialgies droites de topographie C6 traités par corticoïdes et physiothérapie chez le même spécialiste rhumatologue.

Malgré l'initiation rapide d'une physiothérapie et une antalgie pendant plusieurs mois, la symptomatologie perdure. Des infiltrations itératives de l'épaule droite sont réalisées pour une tendinopathie du sus-épineux avec conflit sous-acromial. Un examen neurologique ne relève pas d'anomalie spécifique. Cela aboutit finalement à une incapacité de travail de longue durée depuis le 26 mai 2009, avec une demande de prestations AI faite en février 2011.

Ainsi plus de deux ans après l'incident du mois de juillet, l'évolution demeure inexorablement défavorable : l'assurée présente des cervico-scapulalgies droites irradiant antérieurement au thorax et à la clavicule, jusqu'au coude et parfois aux quatrièmes et cinquièmes rayons de la main droite, avec des fourmillements du membre supérieur droit. L'intensité douloureuse est très élevée, estimée en moyenne à 85 sur l'EVA, peu influencée par les traitements antalgiques. Les séances de physiothérapie ne sont plus tolérées. L'assurée sollicite l'aide de son mari en raison d'une importante gêne fonctionnelle dans les activités même simples de la vie quotidienne nécessitant l'emploi du membre supérieur droit, ou lors des activités fines de la main, comme l'écriture ou la manipulation de la souris d'ordinateur.

L'examen clinique est marqué par un comportement douloureux avec un membre supérieur droit demeurant collé au corps de façon caricaturale, l'expression de grimaces avec sursauts et retraits lors de l'effleurement et la pression des zones thoraciques et scapulaires alléguées douloureuses, ainsi qu'à la mobilisation passive du poignet droit par exemple. La collaboration est ainsi fortement limitée au membre supérieur droit par une résistance lorsqu'on tente de le mobiliser passivement, rendant ininterprétable l'évaluation de signes de conflit sous-acromial et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Cette immobilisation se traduit en partie par une légère atrophie de la fosse du sus-épineux droit. En revanche, les amplitudes du rachis cervical ne sont pas limitées.

L'examen neurologique spécialisé ne retient aucun argument clinique en faveur d'une atteinte neurologique tant centrale que périphérique et tout particulièrement de signe d'une atteinte plexulaire brachiale droite étant donné le mécanisme d'étirement lors de l'incident per-opératoire. D'un point de vue strictement

neurologique, on ne retient pas d'explication à l'importance des limitations que présente l'assurée.

Les examens **paracliniques** consistent en des imageries cervicales et de l'épaule droite. Elles démontrent de discrets signes de tendinopathie du sus-épineux à droite ainsi qu'une discopathie en C5-C6 avec une ostéophytose antérieure.

A ce stade, on doit admettre un certain substrat organique aux plaintes de l'assurée, comportant des signes radiologiques de tendinopathie de la coiffe des rotateurs droits avec possible conflit sous-acromial, ainsi que d'une discopathie C5-C6 susceptible d'entraîner une atteinte radiculaire. L'intensité douloureuse, ne répondant à aucun traitement, et surtout la limitation fonctionnelle paraît cependant disproportionnée au regard des atteintes modérées radiologiques.

Au cours de l'**évaluation en ateliers professionnels**, Mme B._____ a fait preuve d'une coopération suffisante pour engager sans limitation les activités proposées et s'est investie dans les mesures d'observation professionnelle. Elle se présente le plus souvent avec le membre supérieur droit coude au corps. Durant la période d'observation, ce membre n'apparaît cependant pas exclu du schéma corporel, la main et l'avant-bras droit étant peu intégrés ou normalement utilisés dans les activités. On relève des conduites d'évitement de l'utilisation de la main droite. La concentration, les capacités organisationnelles et de planification ne sont pas altérées. Les temps d'exécution sont cependant plus lents que les normes attendues, de l'ordre de 50% supérieures. Les objectifs poursuivis ne sont finalement pas intégrés, bien qu'elle se soumette de bonne grâce à l'ensemble des propositions. Les activités simples sont ainsi difficilement menées à leur terme, à l'exception des recherches informatiques. La réalisation d'un PACT atelier confirme l'auto-dévalorisation importante de l'assurée, avec un indice de discordance élevé. L'assurée paraît donc sous-estimer ses capacités professionnelles réelles. Sur le plan analytique et professionnel la sous-utilisation du membre supérieur droit au profit du membre supérieur gauche ne permet pas la réalisation d'activités bi-manuelles répétitives. Sur les plans organisationnels, méthodologiques et attentionnels, l'assurée se montre capable d'accomplir des tâches administratives. On ne peut enfin pas parler ici de déconditionnement du contexte professionnel : Mme B._____ reste en effet capable d'exercer des activités de gestion, de supervision d'activités comptables ou d'analyse financière avec un champ d'activités large compte tenu de ses capacités intellectuelles, de sa formation et expérience professionnelle antérieure.

L'examen psychiatrique nous met face à une assurée d'apparence très soignée, collaborant de façon adéquate à l'évaluation. Vigile et orientée, elle est très attentive au déroulement de l'entretien. Elle ne présente pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée. Il n'y a aucun symptôme du registre de la psychose. Sur le plan cognitif, elle ne présente pas de fatigabilité ni de distractibilité, est orientée aux 4 modes. La mémoire récente et ancienne est parfaitement conservée et ses capacités de concentration et d'attention sont intactes. Sur le plan de l'humeur, on ne relève pour l'heure ni abaissement, ni élévation thymique. Mme B._____ décrit de brèves périodes d'abattement liées à son état de santé, à sa

situation financière et à une incertitude liée l'évolution du dossier. Elle ne relate pas d'épisode d'une intensité suffisante au cours des derniers mois évoquant un trouble de l'humeur au sens des classifications internationales. Il n'y a aucun symptôme d'un trouble anxieux constitué. Concernant sa personnalité et la manière d'entrer en relation, on relève qu'elle s'adapte à son interlocuteur, participe à l'entretien. Elle maintient une distance adéquate à l'examineur sans tenter de conflictualiser la relation. Elle ne présente pas de trouble de l'adaptation et semble disposer de bonnes ressources. L'évaluation psychiatrique ne permet donc pas de retenir de psychopathologie

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts concluent à une atteinte significative à la santé comportant un syndrome douloureux cervico-scapulaire droit chronique secondaire à une tendinopathie du sus-épineux avec un probable conflit sous acromial et des cervicalgies chroniques non spécifiques dans un contexte de discopathie C5-C6 sans syndrome radiculaire actuel. L'examen psychiatrique ne retient pas de psychopathologie.

Mme B. _____ présente depuis plus d'une dizaine d'années des cervicalgies d'évolution chronique avec épisodes de brachialgies de topographie C6 droites dans un contexte de discopathie C5-C6, atteinte confirmée par son rhumatologue traitant. Son histoire plus récente est marquée le 1^{er} juillet 2009 par un incident se déroulant durant une hystérectomie par laparoscopie installée dans la position de Trendelenburg, l'assurée glisse de la table sans impact au sol, avec description par les différents témoins d'un mécanisme d'extension cervicale. C'est rapidement après l'intervention, dès le réveil, qu'elle déclare d'intenses douleurs cervico-scapulaires droites nouvelles, nécessitant une prise en charge en physiothérapie dans cette clinique et l'introduction d'une antalgie.

Plus de deux ans après cet événement, l'évolution demeure inexorablement défavorable : l'assurée n'a pas pu reprendre son activité professionnelle et malgré les divers spécialistes consultés et traitements entrepris, ne démontre aucune amélioration de cet état douloureux. Les examens neurologiques spécialisés n'ont pas permis de confirmer une atteinte radiculaire ou plexuelle. On pose en revanche le diagnostic clinique et radiologique de tendinopathie de la coiffe en particulier du sus-épineux droit avec un possible conflit sous-acromial. Malgré une atteinte paraissant peu importante radiologiquement, la symptomatologie ne répond pas à des infiltrations locales répétées.

Cette évolution avec la survenue d'une impotence fonctionnelle majeure suite à un mécanisme lésionnel anodin selon les témoins paraît finalement sans proportion avec les diagnostics retenus et les constatations radiologiques et électro-myographiques. Cette évolution peut être en partie expliquée par une tendance marquée à l'hypervigilance, une kinésiophobie et un besoin marqué de reconnaissance du préjudice encouru.

Cette atteinte ne constitue pas une limitation dans une activité adaptée, comme cela a été constaté lors de l'évaluation en ateliers professionnels, chez une assurée qui sous-estime ses capacités réelles fonctionnelles. Au sens strict, on ne retient donc pas d'incapacité dans une activité adaptée en particulier dans l'activité de comptable ou d'analyse financière, comme elle l'a exercée jusqu'en mai 2009. On ne peut qu'encourager la reprise de son

activité habituelle moyennant certaines adaptations mineures avec reprise progressive. Dans ce sens, des mesures de reconversion ne sont pas indiquées actuellement.

Certains éléments engagent cependant à la plus grande réserve quant au pronostic d'une éventuelle reprise professionnelle : la cotation encore très élevée du ressenti douloureux, la longue incapacité de travail chez une assurée de cet âge, la présence de facteurs contextuels (procédure en cours pour une reconnaissance du préjudice suite à l'intervention de juillet 2009, difficultés financières). Ces éléments sont autant de facteurs prédictifs défavorables de chronicisation et au vu du fonctionnement actuel au quotidien de l'assurée, une réinsertion dans le monde professionnel paraît fortement compromise.

Au plan thérapeutique, nous ne pouvons que recommander une mobilisation progressive et active du membre supérieur droit pour éviter un enraidissement ultérieur. En l'absence de souffrance du tronc nerveux, on ne propose aucun traitement antalgique, tout en soulignant que les essais médicamenteux pratiqués à ce jour ont été soit mal tolérés soit inefficaces. »

Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2012, la Dresse Q._____, spécialiste en psychosomatique à la D._____, a notamment relevé ce qui suit :

« Il s'agit donc d'une assurée de [...] ans travaillant comme analyste de marché, qui est en incapacité de travail depuis le 01.07.2009, suite à un accident survenu lors d'une intervention chirurgicale. Dès lors, elle présente des douleurs et des limitations fonctionnelles de son épaule droite dont l'évolution n'a pas permis une reprise de son activité professionnelle. Dans l'intervalle, l'assurée a été licenciée.

Sur le plan psychiatrique, je ne retiens pas de psychopathologie au terme de mon évaluation. Malgré le bref antécédent psychiatrique, datant d'il y a 11 ans environ, et pour lequel elle n'a jamais présenté de récurrence, elle n'a actuellement développé aucun symptôme d'un trouble de l'adaptation, d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur dans les suites de son incapacité de travail. La persistance de douleurs ne l'a pas empêchée de poursuivre ses activités quotidiennes, d'assumer dans la mesure de ses possibilités son ménage, de prendre soin d'elle et d'entretenir ses relations sociales et familiales.

La présence et la persistance de douleurs et de limitations fonctionnelles représentent certes une source de souffrance, mais n'engendrent actuellement pas un profond sentiment de désespoir. A l'origine des douleurs et surtout des limitations fonctionnelles, on relève clairement un traumatisme et dans ce sens, on ne peut pas retenir un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, ni de somatisation, l'assurée ne présentant aucune autre plainte d'ordre somatique.

Sur le plan thérapeutique, l'absence de plaintes psychiques spontanées en lien direct avec la symptomatologie douloureuse ne

justifie pour l'heure pas d'initiation d'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique intégré.

En termes de pronostic, cette assurée ne présente pour l'heure pas de trouble de l'adaptation et semble disposer de bonnes ressources. Néanmoins, on relève la présence de plusieurs facteurs limitant, à savoir une tendance marquée à l'hypervigilance, une kinésiophobie et un besoin marqué de reconnaissance du préjudice encouru. Ces éléments sont autant de facteurs prédictifs défavorables de chronicisation et au vu du fonctionnement actuel au quotidien de Mme B._____, une réinsertion dans le monde professionnel paraît fortement compromise. Néanmoins pour l'heure, elle ne présente aucune restriction psychique ayant une incidence sur sa capacité de travail. »

Enfin, dans le rapport d'examen neurologique du 11 janvier 2012, le Dr XA._____, spécialiste en neurologie à la D._____, a émis l'appréciation suivante :

« Comme mes différents confrères qui ont examiné cette patiente (Dr RG._____, Dr ZH._____), je n'ai aucun argument clinique pour retenir la présence d'une atteinte neurologique tant centrale que périphérique et tout particulièrement des signes d'une atteinte plexuelle brachiale droite.

L'évaluation électromyographique ayant déjà été pratiquée par mes collègues qui ont confirmé la normalité des troncs nerveux, je n'ai donc aucune indication à répéter une telle évaluation, d'autant plus que mon examen clinique est normal.

Ainsi, d'un point de vue strictement neurologique, je n'ai aucune explication aux limitations présentées par cette patiente. De plus, en l'absence de souffrance du tronc nerveux, je n'ai aucun traitement antalgique à proposer également, en soulignant que tous les essais médicamenteux pratiqués à ce jour ont été soit mal tolérés ou inefficaces.

Ainsi, les limitations de cette patiente me semblent ressortir purement du champ biomédical et je ne peux donc que recommander une mobilisation active de ce membre supérieur droit. »

L'examen de la D._____ a en outre été complété par une évaluation en ateliers professionnels. Signataires de l'évaluation, le Dr HD._____, chef du service de réadaptation professionnelle, et VE._____, maître socio-professionnel, ont posé les conclusions suivantes :

« Mme B._____ s'est investie dans les mesures d'observation professionnelle aux ateliers, pendant les 09 h 30 durant lesquelles elle y séjourne. Les objectifs poursuivis ne sont pas intégrés clairement par l'assurée, bien qu'elle se soumette de bonne grâce à l'ensemble des propositions et qu'elle exerce elle-même un libre

choix des activités proposées. Les activités simples proposées sont difficilement menées à leur terme, excepté les activités de recherches informatique. Le comportement de l'assurée est conforme aux limitations fonctionnelles annoncées par celle-ci.

La réalisation d'un PACT atelier confirme un niveau d'auto-dévalorisation important et un indice de discordance élevé. L'assurée paraît sous-estimer ses capacités professionnelles réelles. Sur le plan analytique et fonctionnel, la sous-utilisation du membre inférieur droit au profit du membre supérieur gauche ne permet pas actuellement la réalisation d'activités bi-manuelles répétitives ou durables.

Cependant, sur les plans organisationnel, méthodologique et attentionnel, l'assurée est tout à fait en situation d'exercer des tâches à composante administrative mettant en exergue ses capacités cognitives et mnésiques.

Il n'existe pas de réel déconditionnement du contexte professionnel : Mme B._____ serait en situation d'exercer des activités de gestion, de supervision d'activités comptables ou d'analyse financière par exemple, le champ d'activités possibles reste extrêmement large, compte tenu de la qualité des fonctions supérieures de l'assurée et de son niveau de formation ainsi que de son expérience professionnelle antérieure.

Une mesure de réorientation ou de réadaptation professionnelle pourrait être envisagée dans le champ de compétences intellectuelles de la patiente. »

Dans un rapport SMR du 27 février 2012, le Dr K._____ s'est rallié aux conclusions de l'expertise D._____, estimant qu'il n'y avait pas de lésion grave (désinsertion ou rupture) du tendon du sous-épineux droit. Le Dr K._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de status post traumatique du sus-épineux droit en rémission et les pathologies associées du ressort de l'AI suivantes : syndrome douloureux du membre supérieur droit, cervicalgies chroniques non spécifiques avec discopathies C5-C6, hypertension artérielle traitée, status post œdème de Quincke en janvier 2011, post hysérectomie en 2009 et nodule thyroïdien. Il a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 26 mai 2009, à 100% jusqu'au 6 novembre 2009, puis à 20% dès le 7 novembre 2009, l'assurée ayant ensuite recouvré une pleine capacité de travail dès le 15 décembre 2009, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, sans aucune limitations fonctionnelles.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 20 juin 2012 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a notamment relevé ce qui suit :

« **Motivation du statut :**

L'assurée déclare que sans atteinte à la santé et si elle n'avait pas perdu son emploi, elle aurait continué à travailler à 50%. Son travail consistait à faire de la programmation pour des sondages d'opinion ainsi que la création d'échantillons de la population à interroger. Il s'agit d'un travail essentiellement sur ordinateur. Elle travaille à 50% depuis 2001.

Elle précise qu'elle n'a jamais fonctionné comme comptable (comme indiqué dans rapport d'examen du SMR du 27.2.2012 p. 2). Elle a eu travaillé dans un service comptable, mais uniquement en tant que secrétaire.

L'époux explique avoir diminué son taux d'activité de 95 à 35% pour aider son épouse. Il est lui-même diabétique et prendra sa retraite anticipée dans 3 mois. Il déclare avoir un petit pécule en banque, mais avoir dû entamer le capital pour subvenir à leurs besoins depuis l'atteinte à la santé de son épouse.

L'assurée, qui a déposé une demande auprès de l'assurance-chômage, s'est vue refuser des prestations, car une décision d'inaptitude au placement a été prononcée du fait qu'elle avait déposé une demande auprès de notre assurance.

L'assurée confirmée qu'en bonne santé elle travaillerait à 50%.

Statut proposé par l'enquêtrice :

Au vu des déclarations de l'assurée et de son taux d'activité avant l'atteinte à la santé, il convient de la considérer comme **active à 50% et ménagère à 50%** ».

L'enquêtrice a au surplus décrit les empêchements dus à l'invalidité de la manière suivante :

« 8. Travaux

Description des empêchements dus à l'invalidité	Pondération du champ d'activité (%)	Empêchement (%)	Invalidité (%)
---	-------------------------------------	-----------------	----------------

8.1 Conduite du ménage 2 - 5 %

planification/organisation/répartition travail/contrôle	du	2%	0%	0%
---	----	----	----	----

Pas de problème particulier.

8.2 Alimentation 10 - 50 %

préparation/cuisson/service/nettoyage de la cuisine/provisions	42%	50%	21%
--	-----	-----	-----

Avant l'atteinte à la santé, l'assurée assumait la préparation des repas et le rangement de la cuisine. Maintenant, elle ne peut plus peler ou couper les légumes et les fruits. Elle ne peut pas porter des casseroles. C'est son mari qui prépare les repas sous les instructions de l'assurée. Les repas ont été simplifiés. L'assurée peut mettre une assiette ou un verre dans le lave-vaisselle. Elle ne peut pas y mettre les casseroles trop grosses ou lourdes. C'est son mari qui s'en charge, qui vide le lave-vaisselle, qui range la cuisine et fait le nettoyage courant après les repas. Le conjoint a diminué son taux d'activité pour pouvoir aider l'assurée. On peut donc estimer qu'il fait un peu plus que le raisonnablement exigible attendu de la part des personnes vivant en ménage commun.

8.3 Entretien du logement 5 - 20 %

épousseter/aspirateur/entretien des sols/nettoyer les vitres/faire les lits	20%	70%	14%
---	-----	-----	-----

Avant l'atteinte à la santé, l'assurée s'occupait de son ménage. Maintenant, elle ne peut plus passer l'aspirateur ou le balai ni faire la salle de bains. C'est la femme de ménage qui le fait. Elle vient 2 fois par semaine, au total 8 heures depuis début 2012. Avant l'atteinte à la santé, l'assurée faisait appel à la femme de ménage de temps à autre pour les gros travaux de nettoyage, soit environ quatre fois par année. La femme de ménage change également les draps du lit. L'assurée peut prendre la poussière à sa hauteur ou donner un « coup de patte ».

Une entreprise spécialisée s'occupe de nettoyer les vitres (grandes baies vitrées et véranda) ceci depuis toujours.

8.4 Emplettes et courses diverses 5 - 10 %

poste/assurances/services officiels	6%	0%	0%
-------------------------------------	----	----	----

Les courses sont faites à deux. C'est l'assurée qui choisit et son époux qui remplit et vide le chariot. L'assurée peut porter des marchandises jusqu'à environ 1,5 kg. A la maison, le mari range les courses dans les armoires sous les instructions de l'assurée.

C'est le mari qui s'occupe des paiements et de l'administratif, ceci depuis toujours.

L'aide apportée par l'époux est raisonnablement exigible.

8.5 Lessive et entretien des vêtements 5 - 20%

laver/suspendre/ramasser/repasser/raccommoder/nettoyer les chaussures	14%	40%	5,6%
---	-----	-----	------

Avant l'atteinte à la santé, l'assurée faisait la lessive sans problème ainsi que son repassage. Les chemises du mari étaient données à l'extérieur pour le repassage. L'époux s'occupe de laver ses vêtements (c'était déjà le cas avant l'atteinte à la santé de l'assurée) et maintenant également ceux de l'assurée, ce qui est raisonnablement exigible. La femme de ménage lave les draps et fait le repassage.

8.6 Soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0 - 30 %

	0%	0%	0%
--	----	----	----

Néant.

8.7 Divers 0 - 50 %

soins infirmiers/entretien des plantes et du jardin/garde des animaux domestiques/confection de vêtements/activité d'utilité publique/formation complémentaire/création artistique	16%	20%	3,2%
--	-----	-----	------

L'assurée a un chat. Elle ne peut plus le brosser, car elle n'arrive pas à utiliser sa main droite et n'arrive pas à le faire de la main gauche. Madame B. _____ a quelques plantes vertes. Elle s'occupe d'arroser celle du bas et son mari celles de l'étage. L'assurée occupait ses loisirs à tenir son intérieur (empêchements retenus dans les points ci-dessus), faire de la décoration d'ordre général ainsi que des arrangements floraux. Elle ne peut plus le faire.

Une entreprise spécialisée vient s'occuper des arbres et tondre le gazon ceci sans lien avec l'atteinte à la santé de l'assurée.

Total	100%		43,8%
--------------	-------------	--	--------------

Qui exécute les travaux ménagers que l'assurée, en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ?

Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée) et subie par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité.

Le mari, la femme de ménage. »

Enfin, l'enquêtrice a émis les observations et conclusions suivantes :

« L'assurée explique qu'elle n'arrive plus à écrire, juste 3 mots et cela lui prend du temps. Elle n'arrive pas à le faire de la main gauche non plus. Elle dit avoir de la difficulté à rester longtemps assise en raison des douleurs dans la nuque, l'épaule et le bras. Elle dispose de coussins qu'elle arrange pour trouver une position la plus confortable possible. Elle dit ne plus arriver à lire le journal d'une traite, elle doit se lever ou se coucher un moment.

Madame B. _____ déclare se lever vers 07h30 et être prête pour sortir vers 11 heures. Cela lui prend la matinée pour se préparer et s'habiller.

Il est précisé à l'assurée que notre service médical lui reconnaît une capacité de travail entière dans toute activité et aucune limitation fonctionnelle en se basant sur l'expertise médicale effectuée du 9 au 11 janvier 2012. Elle répond qu'elle a lu le rapport d'expertise et qu'elle ne comprend pas comment les médecins peuvent déclarer cela. Cela fait maintenant 3 ans que cela dure et que les douleurs persistent. Elle aimerait travailler, mais ne voit pas quel employeur serait d'accord de l'engager et d'adapter l'activité en fonction des jours ou des moments où elle est mieux.

Les empêchements ménagers chiffrés ci-dessus le sont sur la base des déclarations de l'assurée et des limitations fonctionnelles qu'elle décrit.

Si l'on se réfère à l'appréciation du SMR qui estime que l'assurée a une pleine capacité de travail dans n'importe quelle activité et aucune limitation fonctionnelle, l'assurée ne devrait théoriquement pas avoir d'empêchements ménagers.

Madame B. _____ a passé un examen IRM en date du 18 juin 2012. Son mari a précisé qu'il nous ferait parvenir une copie du rapport qui devrait être rendu environ 3 semaines après l'examen.

A réception de celui-ci, il conviendrait de questionner à nouveau le SMR afin de savoir si cet examen apporte de nouveaux éléments. Si le SMR maintient sa position, il ne sera dès lors pas possible de retenir les empêchements ménagers décrits ci-dessus. Nous devons nous baser sur une approche théorique et estimer qu'il n'y a aucun empêchement dans le ménage si le SMR confirme qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle. »

Dans un avis du 7 novembre 2012, le Dr J. _____ du SMR s'est référé au rapport SMR du 27 février 2012 et à l'expertise D. _____ du 10 février 2012 et a retenu que l'atteinte à la santé (épaule droite et cervicobrachialgies droites) justifiait des limitations fonctionnelles, qui sont respectées dans l'activité habituelle, adaptée, mais ne le sont pas

dans l'activité ménagère. Il a précisé que les empêchements décrits dans l'enquête ménagère du 12 juillet 2012 s'expliquaient en grande partie par l'atteinte à la santé mais que lors de l'observation en atelier à la D._____, l'assurée avait sous-estimé ses capacités fonctionnelles.

Dans un projet de décision du 8 mars 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%. Il a retenu une incapacité totale de travail du 26 mai au 6 novembre 2009, puis une incapacité de 20% du 7 novembre au 15 décembre 2009, et enfin une pleine capacité de travail depuis lors. L'office a conclu à une absence de préjudice économique, et partant à aucune invalidité pour la part active. Par contre, les limitations fonctionnelles reconnues engendraient des empêchements dans la tenue du ménage, s'élevant à 43,8%. Le degré d'invalidité déterminé sur la base des deux domaines d'activité s'élevant à 22%, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'assurée a formulé le 29 avril 2013 des observations relatives à ce projet de décision. A cette occasion, elle a notamment produit un rapport d'ergothérapie de GC._____ du 25 mars 2013, diagnostiquant une névralgie brachiale incessante de la branche intérieure du nerf cutané médial de l'avant-bras droit avec allodynie mécanique (stade IV de lésions axonales). Elle a également joint un courrier du 2 juillet 2012 du Dr V._____, qui relevait que la situation de sa patiente n'était non pas banale mais intriquée, dans laquelle s'entremêlaient des éléments plus ou moins objectifs et des souffrances vraies, mais pour laquelle une reconnaissance assez assécurologique voire « réparatrice » n'était alors pas envisageable. Elle a en outre produit un article intitulé «Méthode de rééducation sensitive de la douleur».

Dans un avis médical SMR du 17 mai 2013, le Dr J._____ a indiqué que les experts de la D._____ avaient pris en compte les plaintes de l'assurée, qui ne pouvaient s'expliquer uniquement par les lésions objectivées, mais étaient en lien avec une hypervigilance, une kinésiophobie et un besoin de reconnaissance du préjudice encouru. Ces

facteurs étant toutefois hors du champ médical, il n'était pas du ressort de l'AI. Le SMR a donc maintenu sa position.

Par décision du 24 mai 2013, à laquelle était joint un courrier du même jour, l'OAI a refusé la rente d'invalidité demandée par l'assurée au motif que le taux d'invalidité reconnu de 22%, inférieur au taux minimum de 40%, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 1^{er} juillet 2013, B._____, par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction. En substance, elle fait valoir que son dossier est lacunaire, reprochant en premier lieu à l'OAI de n'avoir pas pris position sur les arguments qu'elle a formulés dans le cadre des observations sur le projet de décision, estimant que son droit d'être entendue a été violé. Elle déplore en outre que l'intimé n'ait pas tenu compte du rapport de GC._____, estimant avoir droit à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle allègue subir quotidiennement des atteintes à sa santé qui l'empêchent de mener à bien la moindre activité professionnelle et réduisent d'environ 60% son activité ménagère, estimant son degré d'invalidité à 80%. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer ses empêchements aux plans ménager et professionnel.

Dans sa réponse du 11 octobre 2013, l'OAI propose le rejet du recours.

Par réplique du 6 décembre 2013, la recourante maintient sa position. Elle produit en outre deux pièces, savoir un rapport du 2 octobre 2013 de l'ergothérapeute WF._____, qui diagnostique une névralgie brachiale incessante de la branche postérieure et antérieure du nerf cutané médial de l'avant-bras droit avec allodynie mécanique ainsi qu'une contamination allodynique sur le territoire de distribution cutanée des branches cutanées de tout le fascicule médial du plexus brachial (dont la

branche dorsale du nerf ulnaire, qui est fortement symptomatique). L'ergothérapeute constate une évolution très positive et propose la poursuite de l'ergothérapie. La recourante produit également un rapport du 15 novembre 2013 de l'ergothérapeute WF._____, qui estime que l'évolution est bonne, malgré une situation complexe vu la sévérité des douleurs au toucher et l'ancienneté de la névralgie.

L'OAI confirme conclure au rejet du recours par duplique du 13 janvier 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (Art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 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 LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la

procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant susceptible de dépasser 30'000 fr., la Cour statue à trois juges (art. 94 al. 1 et 4 LPA -VD).

c) Déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours déposé le 1^{er} juillet 2013 contre la décision de l'OAI du 24 mai 2013 est recevable.

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de son incapacité de travail.

3. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b).

b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Un taux d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demie rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

c) Un assuré a droit à une rente s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est

la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 3 et 4 in : SVR 2010 IV n°11 p. 35).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il

convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194 consid. 3b ; voir également ATF 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2 et 125 V 146 consid. 5c/bb ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008, consid. 3.1-3.4 et TFA I 156/2004 du 13 décembre 2005, consid. 5.1.2) (cf. ATF 137 V 334 consid. 3).

Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée

continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 130 V 61 et 128 V 93 ; TF I 246/2005 du 30 octobre 2007, consid. 5.2.1 et les références, in SVR 2008 IV n°34 p. 111 ; voir également ATF 133 V 504 consid. 4).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le

rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008, consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; TF I 561/2006 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.1).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, 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 également 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises

avec réserve pour tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

4. En premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé n'aurait pas pris position sur l'entier des griefs soulevés dans ses observations sur le projet de décision.

a) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 136 V 351 consid. 4.4, 132 V 368 consid. 3.1 ; TF 9C_705/2009 du 21 décembre 2009, consid. 1.2.2 ; TFA I 507/2003 du 15 janvier 2004, consid. 2.2 et les références). La procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable : par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (TF 9C_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2 ; voir aussi Kieser, ATSG Kommentar, Zurich 2003, n°7 et 8, ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (TF I 68/2007 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Toutefois, selon la jurisprudence, une telle violation est

réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (TF I 904/2006 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références; cf. aussi Kieser, op. cit., n°9 ad art. 42 LPGA).

b) S'il est douteux que le droit d'être entendue de la recourante ait été violé en procédure de première instance conduite devant l'office intimé, on doit constater que la recourante a eu la possibilité de s'exprimer largement sur l'entier de l'affaire dans le cadre de la procédure de recours. Quoi qu'il en soit, en adressant à la recourante un projet de décision, l'intimé a garanti son droit d'être entendu dans la procédure préalable. Pour le surplus, une éventuelle violation du droit d'être entendu - qui ne revêtirait pas une gravité particulière - devrait être considérée comme réparée. En effet, la recourante s'est déterminée en recours ainsi qu'en réplique, ayant ainsi eu largement la possibilité de s'exprimer devant la présente juridiction, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa).

Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est dès lors mal fondé.

5. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante était active à 50% et ménagère à 50%. La recourante n'a pas contesté cette répartition de la part active et de la part ménagère dans ses observations au projet de décision, pas plus qu'à l'appui de son recours. Il n'y a pas lieu de s'en écarter, la recourante ayant déclaré en complétant le formulaire idoine qu'elle travaillerait à 50% sans atteinte à la santé, taux d'activité qu'elle exerçait depuis avril 2001 (et qui a été confirmé à l'enquêtrice).

6. Dans ses écritures, la recourante a pour l'essentiel contesté l'évaluation de son état de santé à laquelle a procédé l'intimé. Elle a en particulier déploré des lacunes dans l'instruction de son dossier, les atteintes qu'elle dit subir quotidiennement n'ayant à ses yeux pas été prises en compte.

a) En l'espèce, le Dr X. _____ a expliqué dans son rapport médical du 24 février 2011 que sa patiente était en complément d'investigation et qu'il ne lui avait pas encore reconnu d'incapacité de travail, joignant à son rapport médical son rapport de première consultation du 22 novembre 2010, dans lequel il posait les diagnostics de conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux et cervicobrachialgies droites avec troubles dysesthésiques du membre supérieur correspondant. Quant au Dr G. _____, médecin traitant, il a estimé que l'incapacité de sa patiente était totale depuis le 26 mai 2009 dans son rapport médical du 2 mars 2011 à l'OAI, jugeant l'état de celle-ci stable dans son rapport du 30 août 2011. Dans ces deux rapports, il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies avec contractures musculaires associées depuis avril 1999, de cellulalgies diffuses des membres inférieurs, de conflit sous-acromial sur lésion partielle du sus-épineux, et de cervicobrachialgies droites avec troubles dysesthésiques du membre supérieur correspondant depuis juillet 2009, ajoutant celui de pseudo-parésie proximale et distale du membre supérieur droit sans anomalie à l'examen électro physiologique le 30 août 2011. Le Dr V. _____, rhumatologue traitant, a lui estimé dans son rapport médical du 18 avril 2011 que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis août 2009 dans la dernière activité exercée, qui n'était plus exigible, constatant le 4 octobre 2011 une absence d'amélioration depuis son précédent rapport à l'OAI. Le Dr V. _____ a diagnostiqué des douleurs complexes du membre supérieur droit sur conflit sous-acromial avec atteinte du sus-épineux, une radiculopathie C6 droite sur sténose canalaire, un status après manœuvre d'étirement traumatique per-opératoire avec hyper-extension du rachis et un status trois mois après réaction anaphylactique stade III d'œdème de Quincke.

La Dresse C. _____, rhumatologue auprès de la Clinique Clinique M. _____, qui a examiné l'assurée le 6 novembre 2009, a toutefois fait état d'une possibilité de reprise à 80% dès le 15 décembre 2009 pendant un mois, puis à 100% dans une activité adaptée respectant

les limitations fonctionnelles (pas de mouvements situés au-dessus de la ligne des épaules, pas de ports de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs). Elle a diagnostiqué une tendinopathie du sus-épineux droit ainsi qu'une atteinte irritative C6 droite sur cervicarthrose C5-C6.

Dans la mesure où les différents médecins consultés n'étaient pas du même avis s'agissant de la capacité de travail de la recourante, de son début et de l'évolution de son état de santé, les Drs K._____ et T._____ du SMR ont proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatopsychiatrique auprès de la D._____. A cet effet, la recourante a séjourné à la D._____ du 9 au 11 janvier 2012.

A la suite d'examens neurologiques, cliniques, paracliniques et d'évaluations en ateliers professionnels, les médecins de la D._____ ont constaté que plus de deux ans après l'événement du 1^{er} juillet 2009, l'évolution demeurait inexorablement défavorable, l'assurée n'ayant pas pu reprendre son activité professionnelle et ne démontrant pas d'amélioration de son état douloureux malgré les divers spécialistes consultés et les traitements entrepris. De l'avis des experts, l'évolution (avec survenance d'une impotence fonctionnelle majeure à la suite d'un mécanisme lésionnel anodin selon les témoins) paraissait toutefois sans proportion avec les diagnostics retenus et les constatations radiologiques et électro-myographiques. Pour les médecins de la D._____, cette évolution pouvait être en partie expliquée par une tendance marquée à l'hypervigilance, une kinésiophobie et un besoin marqué de reconnaissance du préjudice encouru. Selon eux, cette atteinte ne constituait cependant pas une limitation dans une activité adaptée, comme cela avait été constaté lors de l'évaluation en ateliers professionnels, chez une assurée qui sous-estimait ses capacités réelles fonctionnelles. Les experts ne renaient dès lors pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée, telle celle de comptable ou d'analyste financière exercée jusqu'en mai 2009. Ils relevaient néanmoins que plusieurs éléments conduisaient à la plus grande réserve quant au pronostic de reprise professionnelle (cotation encore très élevée du

ressenti douloureux, longue incapacité de travail chez une assurée de cet âge, présence de facteurs contextuels [procédure en cours pour reconnaître le préjudice à la suite de l'intervention de juillet 2009, difficultés financières]). Avec répercussion sur la capacité de travail, les médecins de la D._____ ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique du membre supérieur droit avec conflit sous-acromial (M75.4) et de cervicalgies chroniques non spécifiques (M54.2) avec discopathie C5-C6. Ils ont également retenu, sans répercussion sur la capacité de travail, une hypertension artérielle traitée (I10.90), un status après œdème de Quincke en janvier 2011, un status après hystérectomie par laparoscopie en 2009 ainsi qu'un nodule thyroïdien.

Le rapport d'expertise de la D._____ du 10 février 2012 se fonde sur des examens complets, effectués par des spécialistes, et procède d'une bonne connaissance du dossier médical. Cette expertise ne comporte pas de contradictions intrinsèques, contient des conclusions dûment motivées et prend en considération les plaintes de la recourante. De son côté, l'assurée n'établit pas en quoi spécifiquement l'avis de la D._____ ne serait pas pertinent ou serait entaché de partialité. Il n'existe pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par la D._____ et qui seraient de nature à remettre en question les conclusions de ses médecins. L'expertise D._____ répond ainsi aux conditions jurisprudentielles en matière de valeur probante (cf. consid. 3d.), sans qu'il ne puisse être fait grief à l'intimé d'avoir failli à son devoir d'instruction.

Quant au grief selon lequel le rapport de GC._____ n'aurait pas été pris en compte, il n'est pas fondé : à la suite de la production de ce rapport – qui n'émane au demeurant pas d'un médecin – l'OAI a une nouvelle fois soumis le dossier de l'assurée au SMR. Le Dr J._____ a alors pris position sur le rapport de GC._____ dans son avis médical du 17 mai 2013.

Dans ces conditions, il y a bien lieu de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité

adaptée, justifiant que l'OAI n'ait retenu aucun empêchement sur la part active.

b) Dans un autre moyen, la recourante paraît s'en prendre au rapport d'enquête ménagère, estimant que ses empêchements ménagers sont d'environ 60%.

Or en ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, on rappellera que l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine.

En l'occurrence, le rapport d'enquête économique sur le ménage a été élaboré par une enquêtrice qualifiée qui avait connaissance du dossier médical de la recourante et s'est rendue au domicile de cette dernière. Elle y a entendu l'intéressée et a tenu compte des indications de celle-ci. L'enquêtrice a détaillé les empêchements tels qu'observés pour chacun des travaux ménagers exécutés par la recourante. Elle a évalué ces empêchements en tenant notamment compte de l'aide fournie par le mari de l'assurée, qui est raisonnablement exigible.

L'argumentation soulevée par la recourante ne suffit ainsi pas à remettre en cause les empêchements à prendre en considération, lesquels sont posés de façon claire dans l'enquête ménagère. La recourante se limite à donner sa propre appréciation des restrictions qu'elle subirait sans démontrer que le contenu du rapport d'enquête ne serait pas plausible, ni motivé ou ne correspondrait pas aux indications relevées sur place (cf. TFA I 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2 non publié à l'ATF 129 V 67 mais dans VSI 2003 p. 218).

Partant la Cour ne voit pas de motifs justifiant de se distancer du rapport d'enquête, ce rapport constituant une base de décision fiable. L'OAI était dès lors fondé à retenir, dans sa décision, un empêchement de

43.80% pour la part ménagère, correspondant à un degré d'invalidité de 22% (43.80% x 50%).

7. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464, consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En l'espèce, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige ; les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Le complément d'instruction sous forme d'expertise bidisciplinaire requis par la recourante ne se justifie dès lors pas.

En outre, les rapports d'ergothérapie de WF._____ produits en cours de procédure sont relatifs à une période postérieure à la décision attaquée, si bien qu'ils ne seront pas pris en compte (cf. consid. 3a).

8. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 24 mai 2013 par l'OAI confirmée.

b) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA- VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**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 24 mai 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de B. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Michel Chavanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :