

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6 LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], sans formation professionnelle, travaillait en qualité de caissière au supermarché de N._____ à 90 %. Le 13 avril 2016, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en invoquant une hernie discale.

Le 4 mai 2016, l'assurée a déclaré à l'OAI qu'elle travaillerait à 100 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé.

Complétant un questionnaire de l'OAI le 26 mai 2016, N._____ a indiqué que le revenu annuel brut de l'intéressée s'élevait à 45'240 fr. depuis le 1^{er} janvier 2015.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, le Dr H._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de cervico-brachialgies C6 à droite et de lombalgies à droite sur discopathie L5-S1. Ces atteintes, existant depuis mars 2016, entraînaient une incapacité de travail totale dans l'activité de caissière dès le 2 mars 2016. Elles se manifestaient par des douleurs, des fourmillements et une faiblesse du membre supérieur droit, de sorte que la patiente ne pouvait pas effectuer de manutention ou de port de charge avec ce membre. Le Dr H._____ a notamment joint un rapport du 6 avril 2016 de la Dre A._____, radiologue, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale, mettant en évidence une hernie paramédiane droite C5-C6 pouvant créer un conflit sur la racine C6 droite.

Dans un rapport du 2 mai 2017, le Dr H._____ a répété les diagnostics déjà retenus, en ajoutant celui de troubles de l'adaptation avec état anxieux. La patiente présentait des troubles du sommeil. Une activité adaptée n'était pas possible dans l'état actuel. La manutention ou les mouvements répétés de la nuque et du membre supérieur droit

devaient être évités. Le Dr H._____ a annexé plusieurs rapports du Dr T._____, médecin au C._____, posant les diagnostics de cervico-brachialgies à droite avec une douleur neuropathique non déficitaire et de hernie paramédiane droite C5-C6 avec conflit sur la racine C6 droite. Etait également joint un rapport du 24 janvier 2017 du Dr L._____, neurologue, estimant que la hernie discale n'était pas à l'origine des douleurs.

G._____, assurance perte de gain de l'employeur, a transmis à l'OAI un rapport du 31 juillet 2017 des Dres P._____, psychiatre, et Y._____, médecin assistante au Z._____, relevant que la patiente souffrait d'un état anxio-dépressif en lien avec une pathologie névralgique évolutive depuis mars 2016. La situation s'était nettement aggravée, avec une contracture musculaire douloureuse de la nuque irradiant au niveau brachial droit et de l'épaule droite. La patiente décrivait également des symptômes dépressifs comprenant notamment des crises de larmes, une dévalorisation et une fatigabilité importante. L'évolution chronique des névralgies était la cause principale de l'arrêt de travail.

Dans un rapport du 21 août 2017, les Dres P._____ et Y._____ ont posé le diagnostic de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive depuis septembre 2016, ainsi que de cervico-brachialgies à droite. La patiente bénéficiait d'entretiens de soutien au rythme bimensuel à mensuel. Elle souffrait de cervico-brachialgies, pathologie douloureuse évolutive et invalidante. L'amélioration des symptômes dépressifs était dépendante de l'importance des névralgies. Le sommeil était fluctuant avec une répercussion sur l'état général et une fatigabilité importante. Il n'était pour l'instant pas concevable d'envisager la reprise d'une activité professionnelle, même dans un cadre adapté. La symptomatologie empêchait la patiente de mener à bien ses tâches journalières.

Le 2 février 2018, le Dr H._____ a informé l'OAI qu'il y avait peu d'amélioration concernant les douleurs cervico-brachiales. Des

infiltrations avaient été pratiquées au niveau cervical avec peu d'effet antalgique durable.

L'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique et psychiatrique, confiée à M._____. Les Drs W._____, neurologue, et E._____, psychiatre, ont examiné l'assurée le 5 mars 2018. Dans leur rapport du 27 avril 2018, ils ont retenu les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse, en cours de résolution, de cervico-brachialgies à droite sur minime hernie discale en mars 2016, et de limitation de l'abduction de l'épaule droite sur possible conflit sous-acromio-claviculaire. Ils ont noté à plusieurs reprises une exagération évidente de la part de l'assurée. De même, le fait de passer de longues heures couchée évoquait avant tout une clinophilie. Ce type de comportement ne pouvait qu'aggraver les limites que s'imposait l'expertisée en installant un déconditionnement physique. Les différents examens réalisés ne permettaient pas de retenir une restriction objective des capacités de l'utilisation du membre supérieur droit en dehors d'un possible conflit sous-acromio-claviculaire limitant l'abduction à 100°. Au titre des limitations, il convenait d'éviter les activités nécessitant une abduction répétée de l'épaule droite. S'agissant du profil d'effort, il était raisonnable de restreindre les activités impliquant des mouvements répétés du membre supérieur droit en raison des douleurs liées à l'abduction de l'épaule droite. En dehors de cela, au vu de l'absence de syndrome cervical et de déficit sensitivomoteur des membres supérieurs, il n'y avait pas de limitation des activités. Sur le plan psychiatrique, les plaintes relevaient d'une forme d'autolimitation. En lien avec la capacité de travail, les experts ont retenu qu'en mars 2016, la douleur cervico-brachialgique liée à une petite hernie cervicale avait été responsable d'une vraie limitation de travail, notamment dans le cadre de l'activité de caissière. Pendant la période aiguë de mars à fin avril 2016, la capacité de travail dans cette activité était nulle, puis de 50 % dès le mois de mai 2016. Elle était totale à compter de juin 2016, car il ne semblait pas qu'il y ait eu de modification crédible ou documentée de la situation médicale depuis. Les experts ont conclu à une capacité de travail totale dans toute activité depuis juin 2016.

Par projet de décision du 2 mai 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif que sa capacité de travail était entière dans toute activité.

Par courrier du 8 mai 2018, l'assurée s'est opposée à ce projet, en soutenant être incapable de travailler. Elle a joint un certificat du 8 mai 2018 de la Dre Y. _____, selon lequel elle était suivie au Z. _____ pour un épuisement psychique dans un contexte de discopathies chroniques invalidantes, ainsi que des certificats d'incapacité de travail totale pour les mois de mai et juin 2018 établis par le Dr H. _____.

Dans un rapport du 8 juin 2018 à l'OAI, les Dres P. _____ et Y. _____ ont relevé que la patiente faisait état de symptômes dépressifs et anxieux. Ils étaient une conséquence directe de sa pathologie physique décrite comme invalidante. Elles avaient prescrit dans un premier temps un traitement à but sédatif/antalgique et antidépresseur. La médication avait été arrêtée à la suite de complications graves. Les tentatives d'infiltrations épidurales semblaient inefficaces. Sur le plan psychique, l'évolution était fluctuante et dépendait des symptômes douloureux. Dans ce contexte d'évolution instable, la capacité de travail était nulle et la demande de rente semblait justifiée.

Dans un rapport à l'OAI du 10 août 2018, le Dr T. _____ a posé les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, de cervicalgies et cervico-brachialgies sans déficit neurologique, de lombalgies basses sans déficit neurologique et de migraines sans aura. Il ne souhaitait pas se prononcer sur la capacité de travail.

Dans un mandat du 20 août 2018, une collaboratrice de l'OAI a demandé au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) de se prononcer sur le dossier, en relevant que des éléments somatiques montraient une incapacité à exercer l'activité habituelle de caissière.

Par avis du 4 octobre 2018, la Dre F._____, médecin au SMR, a expliqué que les rapports des Drs P._____ et T._____ n'apportaient aucun élément clinique nouveau et confirmaient les diagnostics retenus par les experts. Il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision.

Par décision du 11 octobre 2018, l'OAI a confirmé le refus de rente. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a expliqué que les éléments médicaux versés au dossier n'apportaient pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 12 novembre 2018, R._____, désormais représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens de l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a reproché à l'OAI d'avoir retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de caissière, alors que celle-ci impliquait des mouvements décrits comme inadaptés par l'expert en neurologie. Le SMR avait d'ailleurs estimé, le 20 août 2018, qu'il existait une incapacité à exercer cette activité. Sur le plan psychiatrique, l'assurée a allégué que l'experte avait refusé de prendre en compte ses ressources nettement diminuées, qu'elle lui avait pourtant décrites.

Par décision du 9 janvier 2019, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 novembre 2018, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 5 février 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a expliqué que l'expertise neurologique ne permettait pas d'objectiver une restriction de l'utilisation du membre supérieur droit en dehors d'un possible conflit sous-acromio-claviculaire limitant l'abduction à 100 %. Selon l'expert, la capacité de travail était totale dans l'activité de caissière.

Les 12 avril et 14 mai 2019, les parties ont maintenu leur position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider

s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée : TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a

d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en

considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. En l'espèce, l'intimé retient que la recourante présente une pleine capacité de travail dans toute activité, ce que l'intéressée conteste.

a) Au plan somatique, tant l'OAI que l'assurée se fondent sur le rapport d'expertise du 27 avril 2018, lequel retient comme diagnostics des cervico-brachialgies droites sur minime hernie discale en mars 2016 et une limitation de l'abduction de l'épaule droite sur possible conflit sous-acromio-claviculaire.

L'expertise neurologique repose sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Elle tient également compte des plaintes de la recourante. La description du contexte médical est détaillée. Le Dr W. _____ explique de manière convaincante que tant les examens objectifs radiologiques, neurologiques cliniques et électroneuromyographiques montraient l'absence de déficit significatif du membre supérieur droit. Selon l'expert, les restrictions relatées par l'assurée étaient à mettre en lien avec une auto-limitation et une clinophilie, lesquelles installaient en outre un déconditionnement physique. Il ne constate pour sa part aucune restriction objective des capacités de l'utilisation de ce membre, à l'exception d'un possible conflit sous-acromio-claviculaire limitant l'abduction à 100°. Au titre des limitations, il retient ainsi uniquement les activités nécessitant une abduction répétée de l'épaule droite (cf. p. 22). Par la suite, il évoque toutefois qu'en raison des douleurs liées à l'abduction de cette épaule, il est raisonnable de limiter les activités impliquant des mouvements répétés du membre supérieur droit. Il conclut cependant à une pleine capacité de travail, également dans l'activité de caissière, à l'exception d'une période au printemps 2016 au cours de laquelle l'assurée a subi un épisode aiguë de cervico-brachialgies. On comprend ainsi que c'est uniquement les restrictions liées à l'abduction répétée de l'épaule droite

qui sont déterminantes, limitations que l'expert a d'ailleurs mentionné également en lien avec les diagnostics retenus (cf. p. 7 et 21). Une activité de caissière ne nécessite pas forcément de tels mouvements, à plus forte raison avec les moyens informatiques et électroniques actuels. Quoi qu'il en soit, même en admettant qu'un tel emploi ne serait plus exigible, on peut à tout le moins déduire que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas de mouvements répétés du membre supérieur droit.

Les observations du Dr H._____, selon lesquelles aucune activité adaptée n'est possible (cf. rapport du 2 mai 2017), ne permettent pas de modifier les considérations qui précèdent. Dans ce même rapport, il ne détaille pas de limitations qui justifieraient l'incapacité de travail totale à laquelle il conclut. Le Dr T._____ a pour sa part renoncé à se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée (cf. rapport du 10 août 2018).

b) Le volet psychiatrique de l'expertise de M._____ fait également suite à un examen complet du dossier et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La Dre E._____ a pris en compte les rapports médicaux au dossier, tout comme les plaintes exprimées par l'assurée. Elle a relevé que cette dernière avait présenté un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et anxieuse en 2016, apparu en lien avec les douleurs somatiques et l'annonce du mariage de sa fille couplée à sa conversion à la religion de son fiancé. Toutefois, lors de son examen, l'experte n'a pas objectivé la persistance du moral bas alléguée par l'assurée. De même, il n'y avait notamment pas d'anxiété particulière ou de personnalité pathologique. La symptomatologie n'était ainsi ni limitante, ni incapacitante. En revanche, la Dre E._____ a mis en exergue d'une part une exagération évidente et d'autre part le fait que les plaintes alléguées par l'assurée relevaient plutôt d'une forme d'autolimitation. Elle a également noté une incohérence par rapport à la démarche de soins, en expliquant que l'assurée avait tenté de prendre un seul antidépresseur, lequel avait entraîné un effet secondaire, et n'avait pas essayé d'autres pistes médicamenteuses. Au jour de l'expertise, elle

ne prenait plus aucun médicament d'ordre psychiatrique. Pour le surplus, la Dre E. _____ a observé qu'il n'y avait pas de comorbidité et a analysé la personnalité de l'assurée. En lien avec le contexte social, l'intéressée n'avait pas décrit de désinvestissement social. Elle restait repliée chez elle car elle avait toujours travaillé et n'avais pas mis en place d'autre activité depuis l'arrêt de son emploi, étant en attente de reprendre une activité, selon ses propres déclarations. S'agissant en particulier des ressources de l'intéressée, l'experte a exposé qu'elle était bien entourée et gardait des relations proches avec ses enfants. Elle n'avait pas de problème relationnel ou de communication et se défendait en outre face à une longue procédure de divorce. Ainsi, après une analyse détaillée des différents indicateurs retenus par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques, la Dre E. _____ a constaté, de manière concluante, une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

La recourante conteste cette appréciation, en faisant valoir qu'au vu des éléments « d'anamnèse » [recte : relatifs à la description du quotidien] retenus dans l'expertise, la Dre E. _____ ne pouvait considérer qu'elle disposait des ressources nécessaires pour mettre en valeur sa capacité de travail sur le plan psychiatrique. L'assurée soutient à cet égard avoir en particulier expliqué qu'elle se couchait de nombreuses heures au cours de la journée, qu'elle ne faisait pas de sport ou d'activité particulière, partait peu en vacances et restait repliée chez elle. Toutefois, elle a aussi exposé effectuer des tâches ménagères, des courses légères, se préparer à manger, avoir du contact avec ses enfants et son petit-fils, aller plus ou moins fréquemment à l'église orthodoxe et essayer de se rendre une fois par année en [...] pour voir sa famille. Ces éléments, ajoutés à ceux spécifiquement mis en évidence par l'experte en lien avec les ressources, ne permettent pas de conclure à un déficit important en la matière. Par ailleurs, si la recourante n'effectue certes pas d'activité particulière, il convient de relever, en lien avec la comparaison du niveau d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé, que l'assurée n'a pas décrit de désinvestissement social depuis la survenue de ses problèmes de santé. Il ne ressort pas de l'expertise qu'elle participait à plus

d'activités (sportives, etc.) avant leur apparition. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise n'apparaissent pas critiquables.

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de cette expertise. En particulier, les Dres P._____ et Y._____ ont relevé, dans leur rapport du 31 juillet 2017, que c'était l'évolution chronique des névralgies qui était la cause principale de l'arrêt de travail. Elles rejoignent ainsi l'appréciation de la Dre E._____, selon laquelle l'état de santé psychique de l'assurée n'entraîne pas de limitation de sa capacité de travail. Par la suite, dans leur rapport du 8 juin 2018, elles ont expliqué que leur patiente décrivait des symptômes dépressifs et anxieux. Or, ceux-ci n'ont pas été mis en évidence par l'experte. Elles lient en outre ces symptômes aux atteintes somatiques, lesquelles n'engendrent toutefois que peu de limitations au quotidien et sur la capacité de travail (cf. consid. 6a supra). Pour le surplus, les rapports des Dres P._____ et Y._____ ne permettent pas d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

L'appréciation du Dr H._____ n'est pas propre à modifier ce qui précède. Ce médecin, qui n'est au demeurant pas psychiatre, ne détaille pas si ce sont les atteintes psychiques ou physiques qui justifient, selon lui, l'incapacité de travail totale à laquelle il conclut. Les certificats d'incapacité de travail établis par ses soins pour les mois de mai et juin 2018 ne sont pas étayés.

c) En conclusion, l'assurée présente, à tout le moins, une pleine capacité de travail dans une activité n'imposant pas de mouvements répétés du membre supérieur droit.

7. Il y a encore lieu d'examiner le préjudice économique subi par l'intéressée. Elle a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 %.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (cf. consid. 3b supra).

aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408

consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

cc) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; 129 V 222 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2017.

S'agissant du revenu que l'assurée pourrait obtenir sans invalidité, il y a lieu de se fonder sur les informations transmises par son dernier employeur et de retenir un montant de 50'266 fr. 65 à 100 % en 2016, indexé à 2017 (+ 0.4 % [La Vie économique, tableau B 10.2]), soit 50'467 fr. 70.

Quant au revenu avec invalidité, il doit être déterminé sur la base des données de l'ESS, dès lors que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative dans une activité adaptée et ne dispose pas de formation professionnelle dans une telle activité. Le salaire mensuel brut retenu par l'ESS 2016 pour les femmes effectuant une activité simple et répétitive dans le secteur privé s'élève à 4'363 fr., part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2016, TA1, niveau de qualification 1). Ce salaire doit être adapté compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à celle prévalant dans les entreprises en 2016, à savoir 41,7

heures (La Vie économique, tableau B 9.2). Le revenu d'invalidé s'élève ainsi à 4'548 fr. 45 par mois (4'363 fr. x 41,7 : 40 heures), correspondant à un montant de 54'581 fr. 15 par année. Ce revenu doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux de 2016 à 2017, ce qui conduit à un gain annuel de 54'799 fr. 45 (+ 0.4 % [La Vie économique, tableau B 10.2]). Un taux d'abattement d'un maximum de 10 % tient compte de manière adéquate des limitations fonctionnelles de la recourante. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 49'319 fr. 50 par année.

La comparaison des revenus sans invalidité (50'467 fr. 70) et avec invalidité (49'319 fr. 50) aboutit à un degré d'invalidité de 2.28 %, qu'il convient d'arrondir à 2 %. Ceci est largement inférieur au taux minimal de 40 % requis pour bénéficier d'une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). Même si l'OAI n'a pas formellement statué sur le droit à des mesures professionnelles dans la décision litigieuse, il sied de relever que le taux d'invalidité de l'assurée est également insuffisant pour bénéficier de telles mesures, octroyées en présence d'une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3).

On pourrait se poser la question de l'application à la recourante d'un statut mixte, au vu du taux d'activité de 90 % qu'elle exerçait avant son atteinte à la santé et de l'âge de ses enfants à cette époque, déjà jeunes adultes. Il serait envisageable de considérer qu'elle aurait exercé une activité à un tel taux en l'absence d'atteinte à la santé. Il conviendrait ainsi de retenir un statut d'active à 90 % et de ménagère à 10 %. Une telle alternative n'aboutirait quoi qu'il en soit pas à un taux d'invalidité global ouvrant le droit à une rente – ou à des mesures professionnelles – au vu du très faible degré d'invalidité correspondant à la part active, largement prépondérante.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 11 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV. La 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, tenue au remboursement des frais judiciaires mis provisoirement à la charge de l'Etat.

- V. 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 :

- Procap (pour R. _____)
- 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 :