

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 décembre 2019

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Durussel, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Neyroud

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 7 al. 1, 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], naturalisée suisse, sans formation professionnelle certifiée, est arrivée en Suisse en 1999 à la suite de son mariage. Entre 2000 et 2001, l'intéressée a travaillé à un taux indéterminé en qualité de gérante au sein d'un magasin de mode détenu par son époux. Selon l'extrait du compte individuel AVS, elle a dégagé un revenu de 33'048 fr. en 2001 et de 23'035 fr. en 2002. Elle a cessé son activité lors de la revente du fonds de commerce. Depuis 2007, elle émarge à l'aide sociale.

Le 15 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir d'une atteinte psychique depuis 2012. Le 27 novembre 2015, elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % en tant que de « gérante de boutique » (cf. formulaire de détermination du statut [part active/part ménagère]).

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le Dr Y. \_\_\_\_\_, médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent et trouble anxieux, existant depuis 2012 (cf. rapport du 6 juin 2016).

Le 22 juin 2017, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de lui envoyer un rapport médical car l'assurée ne l'avait consulté qu'à deux reprises.

Le 18 janvier 2018, le Dr Y. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stable depuis son dernier rapport. L'intéressée présentait depuis 2012 une incapacité de travail totale, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

L'OAI a mis en œuvre une expertise confiée à la Dre K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 juillet 2018, l'experte a posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte (F 61.0), ainsi que d'effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, syndrome de dépendance depuis mai 2015 environ (Y 47). Elle a estimé que, depuis mi-mai 2015, l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'employée dans un magasin, avec une baisse de rendement de 10 %, en raison des troubles du sommeil et de la fatigabilité. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de l'assurée était de 75 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 ou 15 %. Un sevrage de benzodiazépines était envisageable et permettrait à l'assurée de recouvrir une pleine capacité de travail.

Dans un avis du 13 août 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est déterminée sur la situation de l'assurée, à la lumière de l'expertise susmentionnée. Elle a retenu une pleine capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée et a en particulier noté ce qui suit :

« Une expertise psychiatrique est mandatée auprès de la Dresse K.\_\_\_\_\_. Cette dernière retient effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques un syndrome de dépendance depuis mai 2015 et un trouble de la personnalité mixte avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte. Ce diagnostic n'a pas d'effet sur la capacité de travail : dans les faits l'assurée a été capable de travailler comme vendeuse dans le magasin de mode de son mari ; l'arrêt de l'activité est dû à la revente de ce commerce. Par la suite, l'assurée a été mère au foyer ; la description de la vie quotidienne ne révèle aucun empêchement dans cette activité. En réponse à des troubles du sommeil devenus chroniques, l'assurée développe une dépendance aux benzodiazépines qui diminuerait sa capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse et dans une activité adaptée comme esthéticienne. Le sevrage est exigible, l'assurée ne présentant pas de pathologie psychiatrique sévère (p.24 et 25). Il n'y a pas de limitations fonctionnelles autres que celles liées à la consommation de benzodiazépines, responsable actuellement d'une diminution de rendement.

Il est à noter la présence de bénéfices secondaires limitant la motivation de l'assurée et de facteurs non-médicaux (religieux) pouvant interférer avec la capacité de travail. »

Dans un projet de décision du 15 août 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, l'intéressée ne présentant pas d'atteinte invalidante.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 17 août 2018 et a, le 18 septembre 2018, remis à l'OAI un rapport, daté du même jour, établi par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Selon ce document, ce dernier médecin suivait l'assurée depuis le 25 juillet 2018, à un rythme bimensuel. Il retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2), ainsi que de personnalité paranoïaque (F 60.0) et attestait d'une incapacité de travail totale. Il a en outre noté que sa patiente présentait un affaissement de l'humeur, un état général morose, une asthénie avec des troubles du sommeil, une irritabilité, ainsi qu'une tension interne et beaucoup de rumination avec perte de confiance de traits paranoïaques et des troubles du comportement.

Saisie de ce dernier rapport, la Dre P.\_\_\_\_\_ a, dans un avis du 18 octobre 2018, estimé que la brève description clinique qu'il contenait ne permettait pas de retenir une aggravation depuis l'expertise du mois de juin 2018 ni d'objectiver les diagnostics annoncés.

Par décision du 19 novembre 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision dont il a repris la motivation.

**B.** Par acte du 17 décembre 2018, M.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente complète d'invalidité depuis 2012. En substance, la recourante reproche à l'OAI d'avoir violé son devoir d'instruction et de s'être basé sur une expertise

non probante. Par courrier daté du 31 janvier 2019, elle a ajouté que son état maladif précédait la prise de médicaments.

L'OAI s'est déterminé sur le recours le 14 février 2019 et en a proposé le rejet.

Les parties ont maintenu leurs positions dans les réplique et duplique des 7 mars 2019, respectivement 3 avril 2019.

Les arguments des parties seront repris ci-dessous dans la mesure utile.

### **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 en temps utile auprès du tribunal compétent (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.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations 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, 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

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

**b)** A teneur de l'art. 7 al. 1 LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui est raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGA) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGA). Cette disposition consacre le principe de la réadaptation par soi-même. Le devoir de réduire le dommage comporte

l'obligation pour l'assuré d'avoir recours à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé. (Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 3 ad art. 7 LAI).

**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)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a récemment modifié sa pratique et exige désormais une application de la procédure probatoire structurée de l'ATF 141 V 281 en cas de syndrome de dépendance également (TF 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019). Ce faisant, il a supprimé la prémisse qui prévalait jusqu'alors selon laquelle la personne assurée était présumée capable de surmonter sa dépendance et, donc, d'éviter l'incapacité de travail qui en découlait. Toutefois, la personne dépendante n'est pas non plus dépourvue de toute volonté face à la maladie. Elle doit cependant mobiliser des ressources considérables pour résister à son penchant. On se trouve donc exactement dans le même contexte que pour les autres pathologies psychiques, où il s'agit de déterminer objectivement si, malgré le diagnostic, l'exercice d'une activité adaptée est raisonnablement exigible (arrêt TF *op. cit.* consid. 5.3.2).

**5. a)** En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les conclusions de la Dre P.\_\_\_\_\_ pour retenir que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité, ce que l'assurée conteste en se prévalant de l'appréciation de ses médecins traitants.

**b)** Une expertise psychiatrique a été mise en œuvre dans le cadre de la procédure administrative. Dans son rapport du 3 juillet 2018, la Dre K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité mixte avec prédominance de traits anankastiques et anxieux, depuis le début de l'âge adulte (F 61.0), ainsi que d'effets indésirables au cours de l'utilisation thérapeutique de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, syndrome de dépendance depuis mai 2015 (Y 47). Le rapport d'expertise contient en outre une anamnèse et une discussion – certes sommaire mais exhaustive – qui permettent, d'une part, de comprendre les diagnostics retenus et leurs conséquences d'un point de vue médical et, d'autre part, de retrouver les indicateurs requis par la jurisprudence. L'experte répond à toutes les questions posées dans le formulaire-type et a en particulier relevé que « dans la présente situation, un trouble du sommeil, en lien probablement avec des phénomènes anxieux a été traité par des tranquillisants, en induisant de fait à la fois une dépendance au traitement et des effets secondaires indésirables, qui sont à l'origine d'un cercle vicieux d'auto-entretien des symptômes ».

Sur la base des diagnostics posés et limitations fonctionnelles retenues, l'experte a conclu à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement de 10 % et à une capacité de 75 % dans une activité adaptée, avec une diminution du rendement de l'ordre de 10 à 15 %, ce depuis la deuxième moitié de l'année 2015. Elle a en outre précisé qu'un sevrage de benzodiazépine était envisageable et permettrait à la recourante de recouvrir une pleine capacité de travail. Il faut donc comprendre – comme l'a fait le SMR – d'une part, que la diminution de la capacité de travail résulte essentiellement de la dépendance aux benzodiazépines et, d'autre part, qu'un sevrage de cette substance est envisageable. A l'instar de la Dre P.\_\_\_\_\_, on doit ainsi constater que le trouble de la personnalité mixte n'est pas incapacitant – l'experte n'attribuant pas la diminution de la capacité de travail à ce trouble et que seule la dépendance influe sur la capacité de travail.

A cet égard, au vu de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 cité *supra*), il n'est désormais plus possible de partir de la prémisse que le sevrage est exigible et que la recourante est capable de surmonter sa dépendance et, donc, d'éviter l'incapacité de travail qui en découle. Il convient au contraire d'examiner ses ressources pour surmonter son addiction. Or, dans le cas particulier, l'experte a, dans une expertise répondant aux critères posés par la jurisprudence, expliqué de manière convaincante que les troubles fonctionnels liés à la consommation d'anxiolytiques, comme la fatigue et les rebonds anxieux, étaient à l'origine d'un inconfort pouvant être marqué dans la vie diurne, sans toutefois être complètement incapacitant (cf. p. 23 de l'expertise). L'experte a retenu les taux d'activité et de rendements précités, en tenant compte des efforts raisonnablement exigibles de la recourante, tout en précisant que le traitement par sevrage des benzodiazépines pourrait permettre de lever les effets iatrogènes et conduire à pleine capacité de travail dans une activité adaptée d'ici deux ans environ.

Il s'ensuit que l'expertise rendue le 3 juillet 2018 est probante. Les appréciations divergentes des médecins traitants ne permettent pas d'écarter les diagnostics posés par l'experte K.\_\_\_\_\_. A cet égard, on relève que les rapports du Dr Y.\_\_\_\_\_, dont la psychiatrie n'est pas la spécialité, sont particulièrement sommaires, dans la mesure où ils ne font pas même mention des éléments qui ont conduit ce médecin à poser un diagnostic d'état dépressif récurrent. Ces critiques s'appliquent également à l'égard du rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, lequel a au demeurant été rédigé un mois et demi après le début d'un suivi bimensuel. On ne retrouve en particulier pas au sein de ce dernier rapport les critères d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, selon un système de classification reconnu, notamment la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10). La description des épisodes dépressifs successifs permettant de qualifier ce trouble dépressif de récurrent fait également défaut. L'épisode est par ailleurs décrit comme sévère alors qu'il n'est fait mention que d'un affaissement de l'humeur, un état général morose, une asthénie et des troubles du sommeil.

Enfin, face au grief de la recourante, qui explique avoir ressenti un malaise et de la méfiance à l'égard de l'experte, on relève que la Dre K.\_\_\_\_\_ a néanmoins su la mettre en confiance pour obtenir suffisamment d'informations anamnestiques pour fonder une appréciation exhaustive. La Cour ne détecte ainsi aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen de l'experte et qui serait susceptible de remettre en cause les conclusions de cette spécialiste sur le plan médical.

**c)** Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante présente une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 15 % durant les deux années nécessaires à son sevrage.

**6.** Cela étant constaté, il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité de la recourante.

**a)** Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité 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 (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

**b)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe 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 ; ATF 129 V 222).

**c)** 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'invalidité 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). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

**7. a)** En l'occurrence, avant son atteinte à la santé, la recourante émargeait au revenu d'insertion et était qualifiée de personne sans activité lucrative sur son compte individuel AVS, si bien que l'on pourrait s'interroger sur son statut, ce quand bien même elle a indiqué que, sans atteinte, elle travaillerait à 100 % en qualité de gérante dans un magasin. Cette question peut cependant demeurer ouverte dans la mesure où

même en considérant un statut actif à 100 %, le taux d'invalidité de la recourante ne parviendrait pas un seuil suffisant pour ouvrir le droit à une rente.

En effet, la recourante a exercé son dernier emploi au sein du commerce de son époux entre 2000 et 2001. Cependant, les pièces au dossier ne permettent pas de déterminer avec précision le type d'activité qu'elle a pratiqué, ni le revenu qu'elle aurait réalisé en 2016, année déterminante pour l'ouverture du droit à la rente. A cela s'ajoute que la réalité des revenus réalisés en 2001 et 2002 est incontrôlable s'agissant d'une activité exercée par l'assurée pour le compte de son mari. Dans cette mesure, il se justifie de se fonder sur l'ESS 2016 dans une activité non qualifiée du domaine des services, étant relevé que la recourante n'est au bénéfice d'aucune formation certifiée. Or, l'ESS 2016 indique un salaire de 4'281 fr. par mois pour une telle activité. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures), le revenu mensuel précité doit être majoré pour s'élever à 4'463 fr, soit 53'556 fr. par an. A cet égard, on relève que ce montant excède largement les revenus figurant sur l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée, à savoir 33'048 fr. pour 2001 et 23'035 fr. pour 2002.

**b)** S'agissant du revenu d'invalidé, l'ESS 2016 indique un salaire de référence de 4'363 fr. par mois pour une activité non qualifiée du domaine de la production et des services. Rapporté à une durée de travail hebdomadaire de 41,7 heures, ce montant s'élève à 4'548 fr. 40, soit 54'581 fr. par an. Ce salaire doit ensuite être réduit compte tenu du taux d'activité à 75 % préconisé par l'expert et de la diminution de rendement de 15 %. Un abattement ne se justifie pas, les limitations fonctionnelles étant déjà prises en compte dans la diminution de rendement. Au final, le revenu d'invalidé de la recourante s'élève à 34'795 fr. 45 par an.

**c)** Après comparaison de ce revenu à celui sans invalidité, le taux d'invalidité de la recourante ne saurait en tout état de cause excéder 35 %, soit un taux n'ouvrant pas le droit à la rente.

**d)** S'agissant des éventuelles mesures de réadaptation - en l'occurrence non sollicitées par la recourante - on relève que les secteurs de la production et des services recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et adapté au handicap de l'intéressée, si bien que de telles mesures n'apparaissent pas nécessaires à son reclassement.

**e)** Cela étant, la décision de refus de prestations de l'intimé apparaît fondée, par substitution de motifs.

**8. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée, par substitution de motifs.

**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.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 19 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, par substitution de motifs.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de M.\_\_\_\_\_.
  
- 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 :

- M.\_\_\_\_\_;
- 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 :