

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 659 vom 9. November 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__659

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 659 du 9 novembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 659 del 9 novembre 2015

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, COORDINATION{ASSURANCE} | 28 LAI, 28a LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 9

décembre 2013 dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations directement auprès de l'OAI. 2.2 Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références). Dès lors, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 322 consid. 5a ; TF 8C_264/2013 du 3 mai 2013 ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b ;). En l'occurrence, il s'agira de se prononcer essentiellement sur l'appréciation médicale de la situation de la recourante à l'aune des principes ci-dessus (cf. également infra consid. 4). En particulier, il conviendra de confronter les différentes pièces médicales versées à son dossier et d'examiner s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée est atteinte dans sa santé dans une mesure qui exclurait l'exercice d'une activité lucrative, ainsi qu'elle le prétend. Selon le résultat de cette analyse, il se justifiera de statuer sur le degré d'invalidité de la recourante en examinant si le calcul du préjudice économique effectué par l'intimé peut ou non être suivi. 3. 3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

3.2 On ajoutera que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

3.3 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 29 al. 1 LAI prévoit par ailleurs que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

4. En l'espèce, se pose dans un premier temps la question de savoir si l'intimé pouvait se fonder sur les avis du SMR et écarter les appréciations des médecins traitants, notamment celles des Drs K. _____, E. _____ et T. _____, pour rendre la décision dont est recours.

4.1 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – doit se fonder sur des documents médicaux. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

4.2 Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent

examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions. Il en va de même si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2). 4.3 Par ailleurs, 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 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 5. In casu, on dispose, en sus des rapports des Drs K._____, E._____ et T._____ adressés à l'OAI et des appréciations du SMR, des documents médicaux versés au dossier de la CNA, soit ceux des différents spécialistes consultés par l'assurée, notamment des Drs J._____.

G._____ et M._____. En outre, des examens cliniques complets ont été réalisés par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr V._____, tandis que la pièce principale fondant la décision entreprise est en définitive le rapport d'expertise somatique et psychique émanant de la Clinique D._____. 5.1 A l'analyse dudit rapport, il y a lieu de constater qu'il constitue à l'évidence le document le plus détaillé et le plus exhaustif reflétant la situation de la recourante à la date de son émission le 17 juillet 2012. Il remplit d'ailleurs à l'évidence les réquisits posés par la jurisprudence fédérale citée supra sous considérant 4.2 pour se voir conférer pleine valeur probante. Singulièrement, les spécialistes de la Clinique D._____ ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de préciser les éléments pertinents de son anamnèse et de relever l'ensemble des plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences, avant de communiquer leurs conclusions. Celles-ci, portant sur une période d'observation de près d'un mois, emportent manifestement la conviction au vu des constats cliniques rapportés. 5.2 On peut relever sur le plan somatique que le rapport de la Clinique D._____ est complété à satisfaction par les constats cliniques du Dr V._____, lequel a été en mesure de communiquer son appréciation définitive de la capacité de travail résiduelle de la recourante à l'issue de son examen du 7 novembre 2012. En l'absence de diagnostics nouveaux à cette date, on ne peut que se rallier à l'opinion de ce spécialiste quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, tant il est vrai que l'on ne voit aucun élément de nature à légitimer une réduction de la capacité résiduelle de travail. Les observations ressortant du rapport de la Clinique D._____ et les conclusions du Dr V._____ ne divergent au demeurant pas sensiblement des constats communiqués par les différents spécialistes consultés par l'assurée. En particulier, le Dr J._____ a exposé ne pas trouver d'élément susceptible de justifier un arrêt de travail, tout en constatant une disproportion entre les douleurs d'une part, le traumatisme et le bilan radio-clinique d'autre part (cf. rapport du Dr J._____ du 25 mai 2012). Le Dr G._____ n'a de son côté pas retenu de diagnostics différents de ceux évoqués à la Clinique D._____ et pris en compte par le Dr V._____, tout en ne chiffrant pas la capacité de travail éventuellement exigible de l'assurée (cf. rapport du Dr G._____ du 4 janvier 2012). Quant au Dr M._____, sans se prononcer davantage en termes de capacité de travail de l'assurée, il s'est clairement rapporté aux conclusions de la Clinique D._____ et du Dr J._____ pour préconiser la clôture du cas par la CNA (cf. rapport du Dr M._____ du 18 septembre 2012). Indépendamment des pièces citées ci-dessus, figurant au dossier de la CNA, les rapports médicaux adressés par les médecins traitants de l'assurée à l'OAI n'apportent pas sérieusement d'éléments nouveaux qui parleraient en faveur d'une modification de la symptomatologie et qui induiraient une appréciation différente de celle communiquée en son temps par le Dr V._____ et les experts de la Clinique D._____. En particulier, le rapport de la Dresse K._____ du 19 octobre 2012, relayé quasiment à l'identique par le Dr E._____, se limite à reprendre les diagnostics précédemment évoqués à la Clinique D._____ et à faire part d'une appréciation différente de la capacité de travail fondée sur les plaintes de l'assurée, sans toutefois exclure l'exercice d'une activité adaptée, soit essentiellement sédentaire. Quant au Dr T._____, on ne peut retenir que ce praticien diverge fondamentalement des précédentes observations diagnostiques, puisqu'il a expressément relaté un « trouble douloureux chronique de la cheville » sans davantage fournir d'explication sur les causes et les effets concrets de la symptomatologie alléguée par

sa patiente. Le Dr T. _____ envisage néanmoins également une « possible capacité de travail en position assise », certes « avec un rendement diminué », mais sans justification objective d'une telle limitation (cf. rapport du Dr T. _____ 31 mai 2013, chiffre 1.7). Ainsi, compte tenu de la distance qu'il convient de toute façon de conserver à l'égard de l'appréciation des médecins traitants, il s'impose de constater que les constats cliniques de la Clinique D. _____ et l'appréciation communiquée par le Dr V. _____ sont demeurés d'actualité pour évaluer l'état de santé somatique de la recourante à la date de la décision litigieuse.

5.3 Quant au volet psychique, également étudié de manière approfondie au sein de la Clinique D. _____, un seul des nombreux médecins consultés par la recourante, à savoir le Dr E. _____, s'est prononcé à cet égard et a qualifié l'état dépressif réactionnel diagnostiqué de « modéré à sévère ». Ce qualificatif n'est cela étant nullement expliqué par ce praticien et émane d'un non-spécialiste en la matière, ce qui justifie manifestement d'écarter cet élément de l'appréciation globale de la situation de l'assurée. On ajoutera au surplus que l'on ne dispose d'aucune pièce attestant d'une prise en charge régulière sur le plan psychiatrique qui viendrait confirmer la sévérité d'une problématique psychique à la date de la décision entreprise. Malgré le fait que la recourante n'a pas hésité à consulter de nombreux médecins, elle n'a jamais mentionné avoir contacté un psychiatre.

5.4 Etant donné ce qui précède, force est de se rallier aux considérations du SMR, communiquées dans les avis des 14 mai 2013 et 6 décembre 2013, lesquelles ont accordé la prépondérance aux observations ressortant du rapport de la Clinique D. _____, ainsi que de facto du rapport d'examen du Dr V. _____. Le litige peut ainsi être tranché sans mesure d'instruction complémentaire. La requête à cette fin émise par la recourante aux termes de son mémoire du 24 janvier 2014 peut être rejetée par appréciation anticipée des preuves, en vertu de la jurisprudence citée sous considérant 4.3 ci-avant, étant souligné que l'on voit mal qu'un nouvel examen médical apporte actuellement un éclairage différent de la situation qui régnait à la date du 9 décembre 2013.

6. S'agissant des diagnostics susceptibles de se répercuter sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante, il y a lieu de rappeler que le SMR a retenu les diagnostics d'une « algoneurodystrophie de la cheville gauche », d'une « gonarthrose fémoro-patellaire gauche » et de « status post-entorse de la cheville gauche ». Un « état dépressif réactionnel » a été écarté à bon droit de l'évaluation faute d'atteindre un degré de gravité suffisant pour avoir valeur d'invalidité. Compte tenu des atteintes principales à la santé susmentionnées, il s'impose, à l'instar du SMR et de l'intimé, de retenir que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité exercée en position assise sans sollicitation de la jambe gauche. On ne voit pas en effet de raison objective médicale qui contre-indiquerait la reprise d'un emploi, voire justifierait une réduction de ladite capacité ou du rendement exploitable par l'assurée. Partant, on ne peut que confirmer l'évaluation médicale de la situation retenue en définitive par l'intimé.

7. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en considération par l'OAI pour déterminer le taux d'invalidité de la recourante, tels que détaillés dans la décision entreprise.

7.1 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, 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 (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire,

in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2 ème éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2).

7.2 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Dans le cas particulier, l'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait vraisemblablement une activité dans le secteur des nettoyages à un taux de 100%, étant souligné qu'elle avait suivi une formation en vue de l'obtention d'un poste fixe (cf. rapport d'enquête ménagère du 4 juillet 2013). Partant, l'OAI s'est fondé sur la convention collective du secteur du nettoyage pour la Suisse romande pour définir un revenu annuel de 54'469 fr. pour une personne active à 100%, sans qualification particulière, mais avec une expérience de 4 ans dans ce domaine d'activités. Les considérations du Service de réinsertion de l'OAI ont lieu d'être confirmées dans ce contexte, l'assurée pouvant effectivement être qualifiée de personne active à temps complet et ayant exclusivement œuvré en tant qu'employée d'entretien depuis son arrivée en Suisse, respectivement depuis 2007 (cf. comptes individuels AVS de l'assurée).

7.3 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid.

3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation), sans prise en compte toutefois d'aspects socio-culturels (tels que par exemple des problèmes linguistiques). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2012, soit 4'112 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau minimal de qualification 1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet considérer qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées, en sus de celles citées exemplativement par le Service de réinsertion de l'intimé dans son rapport final du 21 août 2013. 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 2012 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'287 fr. ($4'112 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui met à jour un salaire annuel réalisable par l'assurée de 51'441 fr. pour un temps de travail complet. Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 5% paraît approprié, tel qu'opéré par l'OAI, pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de la recourante du fait de ses limitations fonctionnelles, demeurant d'ailleurs relativement modestes. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont pas lieu d'être pris en considération puisque l'assurée est encore relativement jeune et dès lors dotée de ressources adaptatives. On ajoutera qu'une réduction supérieure à celle proposée par l'OAI, par exemple de 10%, ne

modifierait pas le degré d'invalidité dans une mesure suffisante pour influencer sur le droit à des prestations. Déduction faite à concurrence de 5%, le revenu annuel d'invalidité déterminant s'élève ainsi à 48'869 fr. pour un temps de travail de 100%. 7.4 Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte en 2012 à 10,3% ($[54'469 \text{ fr.} - 48'869 \text{ fr.}] \times 100 / 54'469 \text{ fr.}$), arrondis à 10% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant de facto le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI). On ajoutera que ce taux exclut également le droit à un reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, vu que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références). A titre purement indicatif, on relèvera qu'un abattement de 10% opéré sur le salaire statistique entraînerait un revenu d'invalidité déterminant de 46'297 fr., portant le degré d'invalidité à 15%, ce qui justifierait également tant le refus de rente que d'un reclassement professionnel. 7.5 Enfin, il convient de relever qu'en dépit de la persistance d'une incapacité totale de travail jusqu'à l'automne 2012 selon les spécialistes de la Clinique D. _____, soit après l'échéance du délai de carence prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, la recourante ne peut se voir servir des prestations financières de l'AI, même limitées dans le temps. En effet, compte tenu du dépôt de sa demande de prestations en date du 11 septembre 2012, le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI n'était manifestement pas encore échu alors que l'assurée avait déjà recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il s'imposait de lui reconnaître un degré d'invalidité de 10% excluant précisément le droit à une rente. 8. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 8.1 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). In casu, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. 8.2 Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant de toute façon plus assistée d'un mandataire professionnel, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.