

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 236 vom 2. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__236

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 236 du 2 mars 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 236 del 2 marzo 2017

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, COMPARAISON DES REVENUS | 28 LAI, 16 LPG, 88a al. 1 RAI

Erwägungen

E. 2

Avant son accident, la patiente travaillait comme aide médicale dans un EMS, ce qui nécessite de manipuler des patients avec force. Cette activité ne peut être réalisée de façon pleine et entière. Dans une activité de secrétariat, la patiente ayant une formation de secrétaire, on peut s'attendre à une capacité de travail plus importante mais encore une fois les limitations des amplitudes articulaires du poignet gauche vont limiter les capacités de frappe et d'utilisation d'un clavier d'ordinateur. A ce stade, il est difficile de pouvoir vous garantir que la patiente puisse reprendre une activité plein[e] et entière dans une quelconque profession mais une activité partielle me paraît tout à fait envisageable." Le 28 janvier 2014, les Drs L. _____ et P. _____ du SMR ont estimé que, dans la mesure où l'avis du Dr K. _____ ne permettait pas de prendre position sur une exigibilité justifiée, il convenait de procéder à une évaluation médicale de la fonctionnalité du membre supérieur gauche de l'assurée. Le 31 janvier 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise médicale orthopédique serait effectuée auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital [...] (ci-après : la clinique) à [...]. Dans le cadre de cette expertise, l'assurée a été examinée une première fois le 18 mars 2015 puis une seconde fois le 11 novembre 2015. Dans leur rapport du 8 février 2016, les Drs D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-chef à la clinique, I. _____, médecin assistant à la clinique puis à l'Hôpital cantonal [...], Y. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-assistant à la clinique, et T. _____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, co-directrice de la clinique, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déficit de réhabilitation sur fracture consolidée intra-articulaire du radius distal gauche du 17 mars 2012 avec status post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque palmaire (le 21 mars 2012), status post développement postopératoire d'un Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) type 1 (diagnostiqué le 22 mai 2012) et status post ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 16 octobre 2013). Ils ont en outre fait l'appréciation suivante du cas : “

E. 2.1

Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? A cause de la perte de force et des douleurs lors de la charge de la main gauche, la requérante ne peut exercer actuellement le travail d'aide-soignante dans un home que de façon limitée. Dans cette activité elle doit régulièrement aider les résidents du home lors de la mobilisation, ce qui

nécessite beaucoup de force. Cette tâche nécessite l'utilisation des deux mains et ne peut pas être exécutée avec une seule main. Des travaux légers, tels que des tâches administratives, la distribution de médicaments ou de nourriture peuvent être exécutés. Une attelle de poignet peut être utilisée à but de soutien.

E. 2.2

Description précise de la capacité résiduelle de travail La requérante présente une limitation de la mobilité de son poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation radiale-ulnaire (25-0-10°) en comparaison au côté controlatéral. La force de préhension (9-10-13 kp) et la force de pince pouce-index (2-3-2,5 kp) sont nettement limitées du côté gauche. Le port de charges de plus de 3 kg avec la main gauche est possible (force de préhension de 9-10-13 kp) mais provoque des douleurs. Les mouvements de « vissage » ne peuvent pas être exécutés (voir rapport d'ergothérapie). Il n'y a pas d'autres limitations.

E. 2.3

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? L'activité exercée jusqu'ici est exigible sans limitation de temps. Toutefois il faut tenir compte des limitations mentionnées plus haut.

E. 2.4

Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure ? Oui. La main gauche ne peut actuellement pas être régulièrement chargée de plus de 3 kg, respectivement rarement de plus de 13 kg.

E. 2.5

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? L'incapacité de travail à 100 % naît le 17.03.2012, date de l'accident.

E. 2.6

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail n'a pas été jugée de façon identique par les médecins consultés. 1. Dr. K. _____, chirurgien orthopédique traitant, atteste une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 14.08.2012. Comme écrit dans son rapport daté du 14.08.2012, il laisse ensuite le Dr. G. _____, médecin traitant de la requérante, se prononcer sur la suite de l'évolution de la capacité de travail. Sur demande de l'AI, il se prononce à nouveau sur la capacité de travail de la requérante dans son rapport du 14 [recte : 15].01.2014 où il écrit que l'activité d'aide-soignante dans un EMS ne peut être réalisée de façon pleine et entière et qu'on peut s'attendre à une capacité de travail plus importante dans une activité de secrétariat. Il n'apparaît pas de pourcentage de la capacité de travail dans ce rapport. 2. Dr. G. _____, interniste et médecin traitant de la requérante, juge l'incapacité de travail à 100 % dans son certificat du 04.02 [recte : 03].2013. Pas de rapport plus récent traitant de la capacité de travail. 3. Dr. Z. _____, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la J. _____ (assurance-accident de la requérante), juge l'incapacité de travail de la requérante à 100 % depuis la date de l'accident (17.03.2012) jusqu'à la « fin janvier 2013 », à 50 % de « février 2013 jusqu'à mi-mars 2013 » et ensuite à 0 % (en se basant sur l'examen du 09.01.2013). 4. Dr. W. _____, interniste et médecin-conseil du Service public de l'emploi du Canton de Vaud juge l'incapacité de travail de la requérante à 100 % dans son travail habituel en tant qu'aide-soignante et dans les autres activités, le 15.07.2013. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles

envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ? L'instauration d'un traitement ergothérapeutique régulier sur plusieurs mois avec réalisation d'exercices de force ciblés est possible et conseillé. Ceci pourrait avec une haute probabilité améliorer la force de préhension et la force de pince pouce-index de la main gauche de la requérante. Actuellement un tel traitement n'est pas en cours. 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Le poste de travail occupé jusqu'ici peut être adapté à l'aide d'une capacité de travail partielle permettant d'éviter les travaux physiques (port régulier de charges de 3 kg, respectivement rarement de 13 kg maximum avec la main gauche) avec par la suite élargissement des tâches en fonction de l'évolution. A noter que la requérante a été licenciée le 05.01.2013. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Oui. L'assurée peut exécuter des tâches exposant régulièrement respectivement rarement sa main gauche à une charge maximale de 3 kg, respectivement de 13 kg. La diminution de mobilité persistante du poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation ulnaire-radiale (25-0-10°) ne provoque pas de limitation en ce qui concerne le profil d'un travail adapté. La performance effective de travail a été jugée par nos ergothérapeutes. Toutes les tâches du simulateur de travail « BTE » ont pu être réalisées dans le cadre de l'évaluation ergothérapeutique, hormis les mouvements de vissage. Les activités professionnelles respectant les limitations mentionnées ci-dessus peuvent être réalisées par la requérante. Ainsi, des travaux administratifs sont exécutables. Les travaux ne nécessitant pas d'efforts manuels comme par exemple des activités de contrôle ou un travail dans un centre d'appels téléphoniques peuvent également être exécutés par la requérante. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Une activité adaptée peut être exercée à 100 % (8 heures par jour). 3.3 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ? Dans une activité adaptée il n'y a pas de diminution du rendement. 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible? Une activité adaptée est exigible de suite. 3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Sans objet. D. Remarques Aucune." Par avis médical du 18 avril 2016, le Dr N. _____ du SMR a relevé ce qui suit : " Conclusion : > En termes de précision diagnostique et fonctionnelle, l'expertise du Service de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital [...] de [...] du 27.01.2016 répond à notre attente. > En ce qui concerne la CT exigible, le rapport est plus flou ; néanmoins les experts apportent des arguments probants quant à la CT exigible et ils rejoignent ainsi les conclusions du médecin-conseil chirurgien-orthopédiste de l'APG le 07.01.2013 (IP-Note de suivi 09.04.2013). > Par conséquent, il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du Rapport d'examen SMR du 23.04.2013." Par décision du 28 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. B. Par acte du 30 août 2016, X. _____, représentée par Me Florence Bourqui, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi de mesures de réadaptation, « plus particulièrement des mesures de reclassement au sens de l'article 17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] », ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière à compter du 17 mars 2013, « à tout le moins jusqu'au terme des mesures de réadaptation précitées ». En substance, elle fait valoir qu'elle ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide-soignante, comme en conviennent tous les médecins interrogés, à l'exception de ceux du SMR et ceux de la clinique. Elle argue qu'en outre, toutes les activités manuelles lui sont proscrites puisqu'elles exigent une force qu'elle n'a plus, si bien que seules restent envisageables des activités de bureau, auxquelles elle n'a pas

accès faute de connaissances et d'expérience, se référant au rapport de l'Orif de juillet 2013. Elle estime dès lors que les conditions d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI sont réunies, dans la mesure où, faute d'un tel reclassement, ses chances de réintégrer le marché de l'emploi sont quasi nulles. La recourante ajoute que la possibilité de suivre des mesures de réadaptation s'est ouverte au plus tôt au mois de janvier 2014, le Dr K. _____ ayant estimé le 15 janvier 2014 que des activités administratives étaient désormais possibles. Elle considère donc qu'une rente entière aurait dû lui être versée dès la fin du délai d'attente, le 17 mars 2013, et jusqu'à ce que les mesures nécessaires à son retour sur le marché ordinaire de l'emploi aient été prises. Le 1^{er} novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Le 22 novembre 2016, la recourante a produit l'arrêt rendu dans la cause AA 77/13 - 107/2016 le 25 octobre 2016, en s'y référant. Elle a en particulier relevé, que selon ledit arrêt, son activité habituelle d'aide-soignante n'était plus adaptée et qu'elle s'était retrouvée dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité, même adaptée, jusqu'à la fin de l'année 2013. Le 6 décembre 2016, l'OAI a maintenu sa position, en rappelant que les organes de l'assurance-accidents et ceux de l'assurance-invalidité procédaient chacun à l'évaluation de l'invalidité, l'appréciation de l'assurance-accidents n'ayant pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité et vice-versa. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI), sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

E. 5

Appréciation du cas et pronostic Madame X. _____ présente un déficit de réhabilitation après fracture intra-articulaire du radius distal gauche avec développement transitoire d'un CRPS. Lors des examens cliniques du 18.03.2015 et du 11.11.2015, effectués dans le cadre de cette expertise médicale, nous n'avons pas trouvé de signe clinique faisant suspecter la présence d'un CRPS. Sur la base de l'examen clinique et par ultrasons nous pouvons exclure la présence d'un syndrome de compression nerveuse, en particulier du nerf médian. Tout au plus on peut trouver une irritation du rameau palmaire du nerf médian au niveau des 2 cm distaux de la cicatrice opératoire, fait soutenu par la présence d'un signe de Tinel. Ceci n'explique toutefois pas les douleurs, la faiblesse et les crampes présentes chez la requérante. Sur la base de l'anamnèse et de la documentation à notre disposition, Madame X. _____ a souffert d'un CRPS durant la période située entre l'ostéosynthèse et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ; CRPS qui a été traité de façon insuffisante avec des « bains écossais » et de la physiothérapie laquelle a été arrêtée de façon prématurée. Il existe deux types de « complex regional pain syndrome ». Dans le cas d'un CRPS de type 2 il y a par définition une lésion nerveuse périphérique, dans le type 1 il n'y en a pas (Troeger 2010). Dans le cas de Madame X. _____ il s'agit d'un CRPS de type 1. L'intensité de la symptomatologie est démesurée par rapport à la lésion traumatique incidente et comprend le développement d'un œdème, des modifications circulatoires locales et de la sudomotricité dans la région douloureuse ainsi qu'une allodynie et/ou une hyperalgésie (Merskey 1994). En détail, il faut être en présence des éléments suivants pour pouvoir poser le diagnostic de CRPS de type 1 : 1. événement traumatique (sans lésion primaire directe de nerf périphérique) 2. douleurs spontanées, allodynie, hyperalgésie, laquelle ne se limite pas à la zone lésée par le traumatisme et qui est d'intensité démesurée par rapport au traumatisme initial 3. œdème, troubles circulatoires locaux, troubles sudomoteurs locaux 4. Exclusion d'autres causes Sur la base de l'anamnèse et de l'étude des documents à notre disposition nous retrouvons ces symptômes chez la requérante dès environ 3 semaines post traumatique, symptômes qui s'estompent ensuite entre le 12^{ème} et le 18^{ème} mois post traumatique. Le diagnostic de CRPS se base principalement sur les signes cliniques et les symptômes typiques décrits ci-dessus. Radiologiquement, des zones de déminéralisation mouchetées périarticulaires et à prédominance distale peuvent être objectivées mais ne le doivent pas. Chez Madame X. _____, de telles zones de déminéralisation osseuse typiques sont déjà devinables dans les radiographies du 14.08.2012 [sic] et ensuite clairement visibles dans les clichés du 22.05.2012 [sic]. Dans les radiographies du 06.09.2013 ces zones de déminéralisation mouchetées deviennent légèrement moins prononcées. D'une façon générale il n'est pas possible de donner de pronostic clair sur l'évolution d'un CRPS, car celle-ci est variable et non prévisible. Un CRPS peut durer plusieurs mois et même plusieurs années. A la fin il peut y avoir une restauration ad integrum mais dans certains cas il peut aussi y avoir persistance de sévères séquelles trophiques, comme des contractures périarticulaires provoquant des troubles fonctionnels irréversibles (Merskey 1994). Chez la requérante nous n'avons pas objectivé de telles séquelles trophiques lors de nos examens cliniques. Nous avons constaté une mobilité

réduite persistante au niveau du poignet gauche en flexion - extension (gauche 60-0-55°, droite 70-0-70°) et en déviation ulnaire - radiale (gauche 25-0-10°, droite 35-0-15°) en comparaison au côté controlatéral ainsi qu'une diminution significative de la force de préhension (9-10-13 kp) et de la force de pince pouce - index (2-3-2,5 kp) que nous interprétons comme un déficit de réhabilitation en l'absence de troubles trophiques et au vu d'un arrêt prématuré du traitement physiothérapeutique." S'agissant de la capacité de travail, les experts ont relevé ce qui suit : “

E. 6

Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, afin de déterminer si la recourante présente une invalidité de 20 % au moins susceptible de lui ouvrir le droit aux mesures de reclassement qu'elle sollicite pour la période à compter de laquelle elle a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée. a) 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. 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 ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). 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. 4.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) 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_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1). Dans le cas particulier, l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité est l'année 2013, à l'issue du délai de carence d'un an débuté en mars 2012. L'employeur de la recourante a indiqué, dans le rapport complété à cet effet le 3 août 2012, que l'assurée aurait réalisé un revenu de 54'600 fr. (4'200 fr. x 13) dans son activité d'aide-infirmière effectuée à plein temps. Il convient d'adapter ce montant afin de tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7 %, Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS], Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux). Il en résulte un montant concret de 54'982 fr. qui peut être retenu au titre de revenu sans invalidité déterminant pour le calcul. c) Le revenu d'invalide doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être

pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En 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'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 76 consid. 3a/bb ; TF 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 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). 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 ; TF 9C_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 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 consid. 5.4). 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 (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 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. 5b/bb). Le salaire de référence ressortant de l'ESS est in casu 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 de qualification 1, sans formation requise). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. 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 et 2013 (41,7 heures ; OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'287 fr. (4'112 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 51'441 fr., qu'il convient d'adapter pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7 %, OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur,

évolution des salaires nominaux). Il en résulte ainsi un revenu avec invalidité de 51'801 francs. En retenant sur ce revenu un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, ce qui conduit à un revenu avec invalidité de 46'620 fr. qui, comparé au revenu sans invalidité de 54'982 fr., correspond à un taux d'invalidité de 15,2 %. Un tel taux, inférieur à 20 %, ne permet toutefois pas l'ouverture du droit à des mesures de reclassement (cf. consid. 3 in fine ci-dessus).

E. 7

a) Le recours sera dès lors admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2013 au 28 février 2014. Elle est confirmée pour le surplus. b) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). c) Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA), il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs.

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