

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 novembre 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
MM. Bonard et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 8 et 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1970, mère de quatre enfants, n'a pas acquis de formation professionnelle. Depuis son entrée en Suisse en 1999, elle a exercé des activités de nettoyeuse à temps partiel.

Elle a été assurée contre les accidents professionnels et non professionnels, par le biais de la Caisse d'assurance-chômage F.\_\_\_\_\_, auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

En date du 20 février 2009, elle a fait l'objet d'une cure d'hallux valgus gauche par ostéotomie en chevron du premier métatarsien et névrectomie des deuxième et troisième espaces intermétatarsiens gauches, dont les suites ont été prises en charge par son assureur contre la maladie.

Elle a par ailleurs été victime d'un accident le 29 juillet 2010 avec lésions de la cheville et de l'orteil gauches, sans conséquences durables, le cas ayant pu être clôturé par la CNA.

**B.** En date du 5 juillet 2011, l'assurée s'est tordu le pied en montant un escalier, tandis que son genou a heurté le bord de ce même escalier. Elle s'est rendue au Centre médical C.\_\_\_\_\_ le 6 juillet 2011, où le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a prononcé une incapacité totale de travail et prescrit un traitement antalgique. Dite incapacité de travail a été renouvelée pour une durée indéterminée par la Dresse K.\_\_\_\_\_, médecin interne auprès du même centre.

La CNA a assumé les conséquences financières liées à cet événement.

A l'instigation de la Dresse K.\_\_\_\_\_, l'assurée a consulté le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-chef de l'unité orthopédique du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_. Après un examen réalisé le 8 septembre 2011, ce dernier a adressé l'assurée auprès du Prof. L.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, afin de déterminer l'opportunité d'une révision chirurgicale en lien avec l'intervention du 20 février 2009, compte tenu de l'évolution défavorable de la symptomatologie douloureuse présentée par la patiente. Il a précisé ne pas avoir « ordonné d'arrêt de travail concernant la cheville. »

Le 27 septembre 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_ a fait parvenir un rapport médical à la CNA, retenant le diagnostic de « contusion du pied, de la cheville et du genou droits ». Il a précisé que les constatations radiologiques ne démontraient aucune lésion.

La Dresse K.\_\_\_\_\_ a également complété un rapport à l'attention de la CNA en date du 14 octobre 2011 où elle a fait état d'une « entorse du pied gauche et du genou gauche », ainsi que de la « persistance [des] douleurs » dans le contexte d'un « status post opération [des] Morton du pied gauche ». Elle a envisagé un traitement de physiothérapie d'environ trois mois et des consultations régulières auprès du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. L'incapacité totale de travail était au surplus maintenue.

A l'occasion d'un entretien avec la fille de l'assurée le 8 décembre 2011, la CNA a obtenu la confirmation que l'accident du 5 juillet 2011 avait entraîné des lésions des cheville et genou gauches, à l'exclusion du côté droit.

A la requête de la CNA, le Dr G.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport intermédiaire, daté du 4 janvier 2012, où il a retenu les diagnostics suivants :

- entorse du genou gauche avec décompensation consécutive d'une gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie, avec subluxation externe de la rotule pré-existante au traumatisme inaugural ;

- entorse en varus de la cheville gauche dans le cadre de traumatismes à répétition et d'un status après cure d'hallux valgus par une ostéotomie en chevron et névrectomie de Morton des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> espaces intermétatarsiens par voie plantaire en février 2009 avec métatarsalgies médianes séquellaires.

S'agissant de l'état actuel de l'assurée, il a relaté qu'un bilan radiologique du 6 juillet 2011 avait mis en évidence au genou gauche « une gonarthrose débutante, avec formations ostéophytaires disposées en miroir au compartiment interne, respectivement au condyle fémoral [...] ».

A l'issue d'un examen de l'assurée par son médecin d'arrondissement, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, la CNA a établi une décision le 10 février 2012 par laquelle elle a mis un terme au paiement des frais de traitement et des indemnités journalières allouées en l'espèce.

Dans le contexte de la contestation de cette décision, l'assurée a produit un rapport du 5 mars 2012 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, à l'attention du Dr G.\_\_\_\_\_, où ont été diagnostiqués un « status après entorse de la cheville gauche » et une « maladie de Südeck ».

L'assurée s'est rendue à la consultation du Dr J.\_\_\_\_\_ le 18 avril 2012, lequel a préconisé une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la cheville gauche et rendu un rapport le 25 mai 2012, libellé notamment en ces termes :

« [...] [L]es douleurs développées par la patiente me semblent disproportionnées si on les met en relation avec le traumatisme et aussi avec le bilan radio-clinique, y compris l'IRM actuelle. Je me demande s'il n'existe pas, greffée sur tout ceci, une polyneuropathie liée au diabète. Quoiqu'il en soit, sur le plan orthopédique, je n'aurai rien de plus à proposer à [l'assurée] [...]. Sur le plan orthopédique strict je ne modifie pas l'arrêt de travail à 100% débuté le 06.07.2011 puisque d'autres investigations sont en route, néanmoins le bilan radio-clinique ne justifie pas à lui seul d'arrêt de travail à mon sens. »

La CNA, sur recommandation du Dr V.\_\_\_\_\_, a organisé un séjour au sein de la Clinique D.\_\_\_\_\_ où l'assurée a été examinée sur les plans somatique et psychique entre le 6 juin 2012 et le 3 juillet 2012. Le rapport corrélatif, établi le 17 juillet 2012, par les Drs W.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique adjoint et médecin-assistant, fait état des diagnostics ci-après :

- thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs chroniques du genou et de la cheville gauches ;
- probable algodystrophie du genou et de la cheville gauches, au décours ;
- gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie avec sublaxation latérale de la rotule ;
- chute dans les escaliers le 05.07.2011 avec entorse externe cheville et contusion du bord externe du genou gauche ;
- trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ;
- diabète de type II non-insulino-requérant ;
- antécédent de cure d'hallux valgus gauche le 20.02.2011 (recte : 2009).

Sous rubrique « appréciation et discussion », les spécialistes de la Clinique D.\_\_\_\_\_ précités ont communiqué leurs conclusions en ces termes :

« [...] Sur la base des observations faites avant le séjour, de l'examen clinique répété durant le séjour et de la scintigraphie actuelle, nous retenons le diagnostic de probable algodystrophie de la jambe gauche au décours. Tant cliniquement que sur la scintigraphie il n'y a pas de signe d'activité actuellement.

Sur le plan psychiatrique, le consilium du 12.06.2012 retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Les troubles de l'humeur paraissent en lien direct avec la perte de fonctionnalité, d'autonomie et les douleurs, se traduisant par une agitation psycho-motrice et un sentiment de tristesse avec irritabilité croissante. Il n'y a pas d'indication à un traitement médicamenteux.

[...] En résumé, un an après une entorse externe de la cheville et une contusion du genou gauches, il persiste des douleurs diffuses. Il est probable qu'une réaction algoneurodystrophique ait ralenti l'évolution, mais est actuellement au décours sur la base de la scintigraphie du 15.06.2012 et de la clinique qui ne montre aucun signe dystrophique ni d'épanchement au genou ou à la cheville gauches. Le bilan radiologique (IRM du 29.11.2011 et RX comparatives des genoux du 11.06.2012) montre une gonarthrose fémoro-patellaire externe sur dysplasie et des calcifications postérieures aux épines tibiales. Le consilium psychiatrique retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, chez une patiente irritable, hermétique aux tentatives de réassurance qui ont été faites durant le séjour avec un traducteur. Au terme du séjour il n'y a pas d'évolution. La patiente annonce des

douleurs en augmentation et a repris la marche avec des cannes. L'importance de la symptomatologie ne peut entièrement être expliquée par les constatations radiologiques. L'incapacité de travail dans son activité de nettoyeuse est prolongée. Sur le plan théorique, on peut s'attendre à ce que [l'assurée] récupère une capacité de travail d'ici l'automne. Le retour dans le monde du travail s'annonce très difficile. »

**C.** Sur recommandation de la CNA, l'assurée a formulé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 11 septembre 2012.

Elle a par ailleurs derechef consulté le Dr M. \_\_\_\_\_ le 18 septembre 2012, lequel a fait état d'une situation strictement superposable à celle constatée lors de son premier examen du 29 février 2012 (cf. \_\_\_\_\_ rapport du 5 mars 2012). Il a en outre conclu sur les éléments ci-après :

« [...] La patiente présente un Südeck déjà chronique avec tout le cercle vicieux que cela peut produire. La patiente m'explique qu'elle ne peut pas faire mieux et qu'elle ne peut pas s'améliorer. Si la consultation \_\_\_\_\_ chez \_\_\_\_\_ le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste du pied, ainsi qu'un séjour de 4 semaines à la clinique de rééducation [...] n'ont pas porté leurs fruits, je ne vois pas ce que je pourrais amener de plus moi-même. J'ai expliqué ceci à la patiente. J'invite la Suva à prendre une décision quant à un traitement ultérieur, soit à une clôture du dossier. »

Procédant à l'instruction de la demande de prestations de l'assurée, l'OAI a requis des rapports de ses médecins traitants, ainsi qu'un rapport de son employeur, la société Y. \_\_\_\_\_ SA.

La Dresse K. \_\_\_\_\_ a remis son rapport à l'OAI le 19 octobre 2012, retenant les diagnostics d'une « algoneurodystrophie du genou et de la cheville gauches » et une « gonarthrose fémoro-patellaire sur dysplasie avec subluxation latérale de la rotule à gauche » depuis juillet 2011, ainsi qu'un « état dépressif réactionnel » depuis septembre 2011. Elle a précisé que les douleurs de sa patiente étaient « aggravées par l'exercice physique » et que les « déplacements sur de longues distances (plus de 200-300m) » étaient exclues sans l'aide de cannes, tandis qu'une

incapacité totale de travail perdurait malgré la poursuite du traitement antalgique et de séances de physiothérapie. Elle a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible, indiquant que seule une activité en position strictement assise était envisageable.

En date du 29 octobre 2012, le rapport de l'employeur est parvenu à l'OAI. Y. \_\_\_\_\_ SA a signalé que le contrat de travail conclu avec l'assurée avait déployé ses effets du 3 janvier 2008 au 31 mars 2010, celle-ci s'étant consacrée à une activité d'employée d'entretien à hauteur de 12 heures par semaines pour un salaire horaire de 19 fr. 65.

Le Service de réinsertion de l'OAI a convoqué l'assurée à un entretien d'orientation professionnelle par communication du 5 novembre 2012, qui s'est soldé le 19 novembre 2012 par le refus de l'assurée de suivre quelconque mesure en raison de son état de santé (cf. également décision de principe du 4 février 2013).

Dans l'intervalle, le Dr V. \_\_\_\_\_ a réexaminé l'assurée le 7 novembre 2012 à la requête de la CNA et rédigé son rapport final, daté du même jour, où il a communiqué ses conclusions comme suit, après rappel des constats objectifs et des différents avis médicaux spécialisés versés au dossier :

« [...] En conclusion, on note que l'importance de la symptomatologie alléguée par la patiente ne peut pas être expliquée par les constatations cliniques et radiologiques. Subjectivement, la patiente et son mari annoncent les mêmes plaintes de douleurs du bord externe du pied et de la cheville G [réd. : gauche] sous forme de brûlures et picotements irradiant proximale dans la jambe. Objectivement, le MIG [réd. : membre inférieur gauche] n'est le signe d'aucune trace d'un quelconque état inflammatoire. Les circonférences équivalentes des mollets et des cuisses parlent d'ailleurs en défaveur d'une sous-utilisation du MIG. A 16 mois du traumatisme, on doit admettre que celui-ci a cessé de déployer ses effets. [...] En conséquence de ce qui précède, une pleine capacité de travail peut être reconnue à notre assurée. [...] »

**D.** Compte tenu de l'appréciation de son médecin d'arrondissement, la CNA a rendu une nouvelle décision le 12 novembre 2012, par laquelle elle a mis fin à la prise en charge des conséquences de l'événement du 5 juillet 2011 avec effet dès le 8 novembre 2012.

Par écriture du 3 décembre 2012, complétée le 16 janvier 2013, l'assurée a formé opposition contre la décision du 12 novembre 2012, arguant du défaut de stabilisation de son cas. Elle a mis en exergue les traitements à son sens inappropriés dispensés à la Clinique D.\_\_\_\_\_, lesquels auraient aggravé son état de santé.

La CNA a rendu sa décision sur opposition le 30 janvier 2013, rejetant l'opposition de l'assurée. Elle a derechef nié la persistance – au-delà \_\_\_\_\_ du 8 novembre 2012 – d'un lien de causalité naturelle entre les troubles physiques présentés au genou et à la cheville gauches et l'accident du 5 juillet 2011. Elle a souligné les divergences entre les constats cliniques objectivés par les différents spécialistes consultés, y inclus son médecin d'arrondissement, et les douleurs alléguées. Elle a enfin relevé que le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive présenté par l'assurée ne pouvait être en relation de causalité adéquate avec l'événement du 5 juillet 2011.

L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 1<sup>er</sup> mars 2013, concluant à son annulation et requérant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire destinée à déterminer le lien de causalité entre les troubles allégués et l'accident incriminé, ainsi que sa capacité résiduelle de travail et de gain. La cause a été enregistrée sous n° AA 23/13.

**E.** Le Service médical régional AI (ci-après : le SMR), sous la plume \_\_\_\_\_ du Dr I.\_\_\_\_\_, médecin, a rendu un avis sur dossier le 14 mai 2013, considérant au titre de diagnostics une « algoneurodystrophie de la

cheville gauche », un « status post-entorse de la cheville gauche », une « gonarthrose fémoro-patellaire gauche » et un « état dépressif réactionnel » sur la base des rapports de la Clinique D.\_\_\_\_\_ et de la Dresse K.\_\_\_\_\_. La capacité de travail de l'assurée était qualifiée de nulle dans l'activité habituelle, mais d'entière dans une activité adaptée, soit excluant la position debout, accroupie ou avec mobilisation de la jambe gauche.

Le 19 mai 2013, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a complété un formulaire médical à l'attention de l'OAI, reprenant à l'identique les éléments rapportés précédemment par la Dresse K.\_\_\_\_\_, exception faite de la qualification de l'état dépressif réactionnel, considéré comme « modéré à sévère ».

Par ailleurs, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste de la médecine du sport, consulté par l'assurée, a fait parvenir un rapport à l'OAI le 31 mai 2013. Il a relaté un « trouble douloureux chronique avec impotence fonctionnelle de la cheville droite (recte : gauche) et paresthésie sévère post-traumatique ». Le pronostic était défavorable vu l'échec des traitements usuels, tandis qu'une capacité de travail était « possible dans une position assise avec rendement diminué ».

Une enquête économique sur le ménage a été diligentée par l'OAI le 4 juillet 2013, à l'issue de laquelle l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 100% en faveur de l'assurée, compte tenu d'une formation entreprise par cette dernière en vue de l'obtention d'un poste fixe et du budget familial. Elle a précisé au surplus qu'aucun empêchement ne pouvait être déterminé dans la sphère ménagère, l'assurée continuant à accomplir les tâches usuelles et pouvant disposer de l'aide exigible de son époux et de ses quatre enfants.

Le 21 août 2013, le Service de réinsertion de l'OAI a produit son rapport final en procédant à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée. A été pris en compte un revenu sans invalidité fondé sur la

convention collective valable dans le secteur du nettoyage, laquelle prévoit une rémunération de 22 fr. 40 de l'heure, équivalant annuellement à un gain hypothétique de 54'469 fr. à plein temps. Quant au revenu d'invalidé, il pouvait être fixé à 51'119 fr. en 2012 sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'OFS pour l'année 2010, dans une activité sans qualification professionnelle requise dans les secteurs de la production et des services, exercée à plein temps, sous déduction d'un abattement de 5% destiné à compenser les limitations fonctionnelles de l'assurée. Etaient considérés comme adaptés à son état de santé des emplois de caissière dans un grand magasin ou un cinéma, ouvrière de montage dans l'horlogerie, opératrice de saisie et téléphoniste. La comparaison des revenus précités mettait à jour un taux d'invalidité de 6,15% n'ouvrant le droit à aucune prestation AI.

**F.** Par projet de décision du 29 août 2013, l'OAI a envisagé de nier le droit de l'assurée à une rente, ainsi qu'à des mesures professionnelles, sur la base de l'évaluation ci-dessus.

L'assurée a contesté ce projet par écriture du 26 septembre 2013, complétée le 30 octobre 2013, estimant que l'appréciation de l'OAI était prématurée au vu de la persistance de ses douleurs et du maintien d'une incapacité totale de travail, confirmée par ses médecins traitants.

Consulté pour avis, le Dr I. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué le 6 décembre 2013 que les constats de la Clinique D. \_\_\_\_\_ demeuraient valables, les éléments relatés par les Drs E. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ n'étant à son sens pas nouveaux.

Dès lors, l'OAI a communiqué sa décision le 9 décembre 2013, reprenant les termes de son projet de décision du 29 août 2013 et niant le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles.

**G.** L'assurée, avec l'assistance de son conseil, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de \_\_\_\_\_ recours \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_

24 janvier 2014. Elle a conclu à son annulation sous suite principalement de l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement de mesures professionnelles, ainsi que de la mise en œuvre d'une évaluation spécialisée, arguant de l'aggravation de son état de santé consécutivement au séjour à la Clinique D.\_\_\_\_\_. Relevant que l'intimé s'était fondé pour l'essentiel sur le rapport de ladite clinique versé au dossier de la CNA, dont la décision sur opposition faisait également l'objet d'une procédure de recours, elle a requis la suspension de la présente cause jusqu'à droit jugé en la cause AA 23/13.

Dans le cadre de cette dernière procédure, l'assurée a fait notamment parvenir à la Cour de céans, en date du 6 novembre 2014, un rapport émanant du Centre P.\_\_\_\_\_, établi le 20 février 2014, faisant état de sa prise en charge mensuelle, ainsi que d'un suivi spécialisé auprès \_\_\_\_\_ d'un \_\_\_\_\_ psychiatre. Les Drs Q.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, spécialistes en anesthésie, ont par ailleurs relaté ce qui suit :

« [...] **A l'examen clinique :**

On note un léger érythème du membre inférieur gauche jusqu'au genou. Présence d'allodynie au toucher fin de tout le pied gauche. Pas d'œdème, d'hypoesthésie ou de déformation. A la marche, il existe une boiterie avec rotation externe du membre inférieur gauche de 20 degrés environ. Les mouvements de la cheville sont d'amplitude normale et non douloureux. Les mouvements des orteils sont limités en flexion et sont douloureux. Pas de changement des ongles ou des poils sur le pied gauche. L'examen du membre inférieur droit et du rachis lombaire est tout à fait normal.

**A l'imagerie :**

Une scintigraphie osseuse effectuée en juin 2012 démontre une hypo-captation diffuse à la jambe gauche. La radiographie simple de la cheville gauche démontre une très discrète déminéralisation. [...] »

Par arrêt du 4 décembre 2014, portant n° AA 23/13 - 119/2014, la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée en matière d'assurance-accidents et confirmé la décision sur opposition de la CNA du 30 janvier 2013. La Cour a retenu que le rapport de la Clinique D.\_\_\_\_\_ pouvait se voir conférer pleine valeur probante et que l'aggravation de l'état de santé somatique, alléguée par l'assurée, postérieurement à son séjour à [...] n'était nullement étayée par les pièces

médicales produites. La CNA avait nié à bon droit tout lien de causalité entre les troubles physiques présentés au-delà du 8 novembre 2012 et l'événement du 5 juillet 2011. Quant aux troubles psychiques, le lien de causalité avec ledit événement pouvait d'emblée être exclu au vu du caractère insignifiant de celui-ci.

Saisi d'un recours de l'assurée du 1<sup>er</sup> janvier 2015 contre cet arrêt, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable par arrêt 8C\_59/2015 du 16 février 2015.

**H.** Reprenant l'instruction de la présente cause opposant l'assurée à l'OAI, le juge instructeur a invité la recourante, par plis successifs des 15 décembre 2014, 27 janvier 2015 et 18 février 2015, à lui indiquer si son recours était maintenu et, cas échéant, à le compléter.

Cette dernière, agissant désormais sans assistance, a maintenu ses griefs par écriture du 1<sup>er</sup> mars 2015, soulignant être toujours en incapacité totale de travail du fait de ses douleurs à la cheville et au genou gauche. Elle a ajouté souffrir de l'épaule, laquelle avait nécessité des examens et traitements au sein du Centre P.\_\_\_\_\_.

L'OAI a requis la production du dossier de la CNA et la possibilité de le consulter en date du 30 mars 2015, avant de se prononcer sur le recours.

Le 28 avril 2015, l'assurée a informé la Cour de céans de l'évolution de ses douleurs de l'épaule et du membre inférieur gauche, exposant devoir subir une intervention en raison d'une déchirure d'un muscle du bras.

Après avoir pris connaissance du dossier constitué par la CNA, l'intimé a préavisé le rejet du recours de l'assurée par réponse du 19 mai 2015, du fait que tant les pièces médicales versées auprès de l'assurance-accidents que celles produites au cours de la présente procédure n'étaient pas de nature à remettre en question sa décision du 9 décembre 2013.

Etait annexé un nouvel avis du Dr I. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2015, lequel considérait l'absence d'élément susceptible de faire douter de ses précédentes appréciations.

Invitée à répliquer le 27 mai 2015, la recourante ne s'est plus manifestée à ce jour, de sorte que la cause a été gardée à juger.

## **E n d r o i t :**

### **1.**

1.1 Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours formé le 24 janvier 2014, complété subséquemment, contre la décision de l'OAI du 9 décembre 2013 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieux in casu le droit de la recourante à des prestations de l'AI, celle-ci s'estimant en l'état incapable de travailler dans toutes activités, compte tenu notamment de la persistance de ses douleurs de la jambe gauche.

Singulièrement, il peut être déduit des arguments avancés par l'assurée qu'elle prétend essentiellement l'octroi de prestations financières, à savoir une rente d'invalidité, le droit à des mesures professionnelles n'étant requis qu'à titre subsidiaire.

Les griefs de la recourante portent en particulier sur les conclusions médicales prises en considération par l'OAI pour déterminer son degré d'invalidité, soit l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Elle considère en premier lieu que les observations communiquées par les spécialistes de la Clinique D. \_\_\_\_\_ seraient dénuées de valeur probante et en second lieu qu'une aggravation subséquente de son état de santé n'aurait pas été évaluée correctement. Elle s'est enfin prévaluée d'une nouvelle problématique survenue à l'épaule, laquelle nécessiterait une intervention chirurgicale, aux termes de son écriture du 1<sup>er</sup> mars 2015 à la Cour de céans.

Quant à l'OAI, il est d'avis, sur la base des appréciations communiquées par le SMR, que les conclusions de la Clinique D. \_\_\_\_\_ sont suffisamment étayées et complètes pour être retenues, tandis que les rapports des médecins traitants de l'assurée n'auraient pas fourni d'élément attestant d'un changement de l'état de santé de leur patiente postérieurement à son séjour au sein de la clinique précitée.

Compte tenu des arguments des parties, il convient de rappeler les règles ci-dessous applicables à la présente procédure.

2.1 En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; 116 V 248 consid. 1a ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_25/2012 du 25 avril 2012 consid. 2.1). Cependant, un avis médical, même rendu

postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2 ; 9C\_193/2012 du 26 juillet 2012).

Le présent litige est circonscrit par la décision de l'intimé du 9 décembre 2013, de sorte que l'état de fait déterminant pour la Cour de céans doit être arrêté à cette dernière date.

Il n'y a donc pas lieu de prendre en considération une évolution de la situation médicale - éventuellement en défaveur de la recourante - ultérieure au 9 décembre 2013. Partant, ses allégations quant à la survenance d'une problématique à l'épaule, laquelle n'a jamais été évoquée durant la période s'étendant jusqu'à la décision litigieuse, ne saurait être retenue par la Cour de céans.

Cas échéant, il appartiendra à la recourante de faire valoir une nouvelle atteinte à la santé ou une aggravation avérée de son état de santé depuis le 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 Itiigieuse.

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<sup>ème</sup> 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'invalidé 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'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 (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<sup>ème</sup> 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'invalidé 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'invalidé 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 9 décembre 2013 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 mis à la charge de la recourante.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- U. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :