

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2017

Composition : M. NEU, président
M. Métral et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap,
Me Florence Bourqui, à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 8, 17, 18 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante serbe née en 1968, est entrée en Suisse en 1991. Sans formation professionnelle, elle a notamment exercé les activités de vendeuse/caissière au rayon kiosque et fleurs auprès de la société A._____ entre 1996 et 2006, puis de caissière en cafétéria entre 2010 et 2011 après une période de chômage. Elle émargera à l'aide sociale dès mars 2015.

B. Par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en _____ date _____ du 29 novembre 2013, elle a sollicité des prestations de cette assurance, au motif d'arthrite et de psoriasis.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux des médecins traitants de l'assurée, à savoir la Dresse C._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, le Dr F._____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr D._____, généraliste.

Dans son rapport du 20 décembre 2013, la Dresse C._____ a indiqué le diagnostic de « psoriasis cutané et articulaire » dès juin 2012, précisant que cette atteinte n'entraînait aucune incapacité de travail en l'état. Elle a renvoyé au surplus à l'appréciation de son confrère, le Dr F._____, s'agissant de l'incapacité de travail sur le plan articulaire.

Quant au Dr D._____, il a communiqué son rapport le 6 janvier 2014, faisant état des diagnostics de « psoriasis cutané et arthrite psoriasique touchant notamment des métacarpo-phalangiennes avec déformation nodulaire à ce niveau » depuis 2010. Une incapacité de travail de 100% était prononcée pour une durée indéterminée.

Le Dr F. _____ a pour sa part complété son rapport à l'OAI le 6 mars 2014. Il a mis en évidence les diagnostics de « psoriasis cutané et arthrite psoriasique », ainsi que d'un « état anxio-dépressif », relatant des arthralgies persistantes « atteignant les mains, surtout les pouces, index et médus, ainsi que le poignet gauche et le genou droit ». Le pronostic était défavorable compte tenu des « douleurs ostéoarticulaires diffuses, notamment des doigts, des poignets, des épaules, des genoux, des chevilles et des pieds ». Au titre de restrictions physiques, étaient relevées des difficultés pour maintenir les positions statiques assise et debout, une limitation de la mobilité rachidienne, de la capacité de porter, déplacer et soulever des charges moyennes à lourdes, dans les activités manuelles et de préhension. Sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif était susceptible d'altérer la capacité d'adaptation. L'incapacité de travail était totale _____ depuis _____ 2013. Le Dr F. _____ remarquait encore qu'une expertise lui apparaissait nécessaire « du fait de la complexité du cas par intrication d'un problème rhumatologique, d'arthrite psoriasique et d'un trouble douloureux somatoforme persistant aggravé par un état anxio-dépressif sous-jacent ».

Par complément du 30 octobre 2014, ce même praticien a observé un état de santé stationnaire, voire dégradé, en raison de la persistance d'arthralgie digitale. Il soulignait l'impossibilité pour sa patiente de pratiquer des activités manuelles, de porter, soulever ou déplacer des charges, une diminution de la force et de la résistance, en raison des douleurs ostéoarticulaires multiples. La capacité de travail, même dans une activité adaptée, était « minime, n'excédant pas 20% au mieux » depuis mars 2013. Des mesures de réadaptation professionnelle lui semblaient vouées à l'échec.

Sur avis du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 25 novembre 2014, l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée. Ce dernier a été réalisé les 20 février 2015 et 27 mars 2015 par les Drs L. _____ et K. _____, respectivement

spécialiste en médecine physique et réadaptation et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du SMR. Le rapport corrélatif, rédigé le 7 avril 2015, fait état du diagnostic incapacitant d'une « arthrite psoriasique des articulations interphalangiennes distales des doigts (M07.0) », celui de « douleurs chroniques irréductibles (R52) » demeurant sans incidence sur la capacité de travail. Les spécialistes du SMR se sont par ailleurs déterminés comme suit sur le cas de l'assurée :

« [...] A l'examen clinique, il y a des douleurs palpatoires de la partie cubitale du poignet G [réd. : gauche], de toutes les articulations des doigts aux deux mains, à l'exception de l'interphalangienne proximale de l'annulaire G. Il n'y a pas de signe inflammatoire, pas d'œdème, mais des nodosités de la circonscription osseuse au niveau de l'IPD [réd : articulation interphalangienne distale] des majeurs, et dans une moindre mesure de l'IPD des index. Il y a également un petit nodule à l'IPD de l'auriculaire D [réd. : droit]. L'enroulement des doigts est complet. L'assurée évite d'utiliser la partie distale des doigts lors de l'habillage et le déshabillage. Lors de la manipulation du dossier radiologique et du dossier médical, il n'y a pas d'épargne articulaire. L'utilisation du stylo pour l'écriture s'effectue correctement. Les autres articulations périphériques ne présentent pas de déformation ; leur mobilisation est conservée et indolore. La mobilité rachidienne est également bonne. Il n'y a pas de lombalgie. La marche s'effectue d'un pas rapide, à plat et dans les escaliers, sans boiterie. La position assise est bien tolérée pendant les 55 minutes de l'entretien.

De petites plaques cutanées érythémateuses se trouvent aux 2 pieds ; une lésion est un peu plus étendue à la plante du pied D, recouverte de desquamation, évoquant un psoriasis.

Les radiographies des mains du 13.09.2012 montrent des érosions et des ostéophytes au niveau de l'IPD de l'index G. A D, il y a un discret pincement articulaire de l'IPD du majeur. L'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] des mains du 26.03.2014 ne montre pas d'atteinte inflammatoire. Les radiographies des mains du 29.01.2015 montrent une aggravation des érosions et une augmentation de l'ostéophytose de l'interphalangienne distale du majeur G, l'apparition d'érosions et d'ostéophytes de l'IPD du majeur D avec pincement articulaire. Un petit ostéophyte apparaît au niveau de l'IPD de l'index D.

L'atteinte des interphalangiennes distales prédominant aux majeurs et, dans une moindre mesure, aux index, évoque une arthrite psoriasique. Sur les clichés, une composante dégénérative n'est pas exclue. Par rapport aux clichés de 2012, l'atteinte articulaire s'est aggravée en 2015. Cette atteinte des articulations interphalangiennes distales (IPD) justifie une décharge articulaire.

Concernant les douleurs alléguées par l'assurée au poignet G et aux autres articulations des doigts, il n'y a pas de lésions objectivables sur les clichés radiologiques. Leur évaluation clinique est normale, hormis une discrète nodosité de l'IPD de l'auriculaire D. Il n'y a pas lieu de retenir de limitations fonctionnelles pour ces douleurs articulaires sans substrat organique significatif.

En raison du port de charges, de la coupe des fleurs, de la nécessité d'une dextérité dans la composition des bouquets, l'activité de

responsable au rayon des fleurs de la A. _____ n'est plus exigible. Cette incapacité de travail a débuté au moment où les déformations des doigts se sont accentuées. Cette déformation a été objectivée par la Dresse C. _____ lors de sa consultation du 2.10.2013 (cf. rapport du 7.10.2013).

Dans une activité avec peu de contraintes mécaniques sur les articulations distales des doigts, il y a lieu de retenir une capacité de travail de 75%. La diminution de 25% de la capacité de travail prend en compte les douleurs de type arthritique des articulations distales des doigts. Les douleurs non-organiques des autres articulations ne justifient pas d'incapacité de travail. [...]

Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. [...]

Par conséquent, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible est de 100%. »

Les spécialistes du SMR ont ainsi conclu à une capacité de travail de 75% depuis le 26 mars 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles des mains, soit « sans travaux de force impliquant notamment des activités de serrage et de desserrage, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, activité nécessitant une précision ou une dextérité manuelle ».

L'assurée a été reçue à l'OAI par le Service de réinsertion professionnelle en date du 28 mai 2015. Le procès-verbal du même jour mentionne que des activités adaptées et une aide pour y accéder ont été proposées à l'assurée, celle-ci ayant déclaré « ne pas comprendre », « vouloir une rente entière » et argué de la dégradation importante de son état de santé. Le spécialiste de l'OAI a pour sa part relevé que « des mesures professionnelles ne pourraient de toute façon pas réduire le préjudice, mais faciliter l'accès de l'assurée à des emplois adaptés ». Il a ensuite procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée, fixant les revenus hypothétiques avec et sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Un degré d'invalidité de 25% était ainsi mis en évidence. Au titre d'activités adaptées, étaient citées celles d'employée aux services généraux, par exemple au courrier interne pour scannage des

documents, distribution du courrier à l'interne, tri et classement, de nettoyages légers dans les bureaux et de téléphoniste.

Par projet de décision du 1^{er} juin 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui nier le droit à un reclassement professionnel ou une rente d'invalidité, vu le préjudice économique limité à 25% en l'espèce. Des mesures de réadaptation étaient sans objet vu le refus de l'assurée d'en bénéficier.

Celle-ci s'est adressée à l'OAI par pli du 23 juin 2015 pour solliciter un tirage de son dossier, ainsi qu'un délai supplémentaire pour présenter ses objections à l'encontre du projet de décision précité.

L'OAI a rendu sa décision le 14 juillet 2015, de teneur identique au projet de décision du 1^{er} juin 2015.

C. L'assurée, représentée par Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, a déféré la décision du 14 juillet 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 31 août 2015. Elle a conclu à son annulation sous suite de renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur les activités professionnelles à sa portée, notamment au moyen de l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle, avant nouvelle décision sur son droit à la rente. Elle a soutenu pour l'essentiel que les activités proposées par l'OAI ne pouvaient être exercées au regard des restrictions fonctionnelles observées en lien avec la dextérité des doigts et les possibilités de serrage. Par ailleurs, les postes mis en évidence étaient trop peu nombreux sur le marché du travail, ce qui justifiait à son sens un abattement de 25% sur le salaire statistique fixé en tant que revenu d'invalidité. En outre, les mesures appropriées à son statut de travailleuse manuelle devaient être examinées, l'OAI ayant statué trop rapidement sur son cas, alors qu'un stage d'observation ou d'orientation professionnelle s'imposait.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 16 octobre 2015, en proposant le rejet. Il a fait valoir que nombre de postes adaptés à l'état de

santé de l'assurée lui étaient accessibles sans formation spécifique, par exemple dans le domaine de la surveillance, de la vérification ou du contrôle. Il a par ailleurs rappelé qu'il convenait de se référer à la notion de « marché du travail équilibré », théorique et abstraite. Un abattement de 25% sur le revenu d'invalidé ne se justifiait enfin aucunement, la problématique somatique de l'assurée ayant été prise en compte dans l'appréciation de sa capacité de travail.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives à l'occasion d'un échange d'écritures subséquent, en date des 3 novembre 2015 et 23 novembre 2015. L'assurée a indiqué ne pas avoir de remarques supplémentaires à formuler le 4 décembre 2015, de sorte que la cause a été gardée à juger.

Dans l'intervalle, le 22 novembre 2016, l'OAI a adressé à la Cour de céans des copies de nouveaux rapports médicaux, établis le 22 août 2016 par le Dr S._____, spécialiste en neurologie, et le 25 octobre 2016 par la Dresse P._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Ces derniers ont objectivé, en sus du rhumatisme inflammatoire affectant l'assurée, une neuropathie compressive aux deux poignets, prédominant à gauche, susceptible d'être traitée chirurgicalement et à l'origine de nouvelles limitations fonctionnelles.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

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 (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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). Elle prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent ; respectant pour le surplus les conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

2. a) 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).

En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, vu la teneur de la décision contestée, le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité. Singulièrement, celle-ci requiert l'organisation d'une orientation professionnelle, doutant de l'adéquation des activités proposées par l'intimé en qualité d'activités adaptées. Elle estime par ailleurs que la décision de refus de reclassement et de rente de l'intimé était prématurée s'agissant de l'évaluation de son invalidité, en l'absence de mise en œuvre de mesures professionnelles.

3. a) 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).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; 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. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 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).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a et les arrêts cités ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; TF 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité ; voir également TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des Drs L. _____ et K. _____, étant souligné que le rapport d'examen du SMR du 7 avril 2015 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée des diagnostics retenus après confrontation des éléments relatés par les médecins traitants de la recourante. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Il convient en conséquence de s'y rallier, ce que la recourante ne remet d'ailleurs pas en question, puisqu'elle ne fait valoir aucun grief spécifique sur l'appréciation médicale de son cas à la date de la décision entreprise.

Quant aux pièces médicales produites au stade de la procédure judiciaire, à savoir les rapports des Drs S. _____ et P. _____, ces derniers documentent une péjoration de l'état de santé de la recourante qui serait survenue en 2016, soit postérieurement à la décision attaquée. Ils ne sauraient dès lors être pris en compte pour la résolution du présent litige, étant rappelé que 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). Dans la mesure où la présente cause devra être renvoyée à l'intimé _____ pour _____ d'autres _____ motifs (cf. consid. 8 infra), il appartiendra à ce dernier de déterminer si la péjoration de l'état de santé annoncée par l'assurée justifie des restrictions supplémentaires à sa capacité de travail dans une activité adaptée. A la date de la décision litigieuse, il s'agit cependant de confirmer que la recourante était dotée d'une capacité de travail de 75% dans une activité respectant les limitations énoncées par les spécialistes du SMR.

5. a) Aux termes de 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 ordinaire, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'œuvre (Pratique VSI 6/1998 p. 293 consid. 3b et les références citées).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement

exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008 ; 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3 ; Pratique VSI 6/1999 p. 246 consid. 1 et les références citées).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (TF 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

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_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'au moment de la naissance du droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). A défaut, il est possible de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. 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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les

données statistiques résultant de l'ESS (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). Cas échéant, on se réfère à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale

(ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182).

En outre, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu statistique. 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 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).

d) En l'occurrence, on peut raisonnablement attendre de la recourante la mise à profit d'une capacité de travail de 75% dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles, possibilité dont elle dispose théoriquement sur un marché du travail équilibré ; elle y est d'ailleurs tenue en vertu de son obligation de diminuer le dommage (cf. TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 383/06 du 5 avril 2005 consid. 4.4).

S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, on peut, à l'instar de l'intimé, se référer à l'ESS dans la mesure où la recourante, dénuée de toute formation professionnelle, a exercé des activités de divers secteurs professionnels depuis son arrivée en Suisse et est sans emploi depuis plusieurs années.

Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2014, soit 4'300 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2014, TA1, niveau de qualification minimal 1). 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 2014 (41,7 heures ; cf. OFS / Durée normale du travail dans les entreprises), le revenu mensuel doit être majoré à 4'443 fr., équivalant à un salaire annuel de 53'793 francs.

Le même montant peut servir de base à la détermination du revenu d'invalidité dans la mesure où la recourante n'a repris aucune activité lucrative en dépit de l'exigibilité médicale. Cela étant, compte

tenu d'une capacité de travail de 75%, le revenu annuel de 53'793 fr. doit être réduit à 40'345 francs.

Contrairement à ce qu'a estimé l'OAI dans son calcul du 28 mai 2015, un abattement se justifie in casu, non pas pour tenir compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, mais plutôt de ses circonstances personnelles, soit de l'absence de formation professionnelle, de difficultés linguistiques, ainsi qu'en raison du taux d'activité réduit imposé par son état de santé. Un abattement limité à 10% apparaît adéquat pour tenir compte de la situation globale de la recourante. Déduction faite, le revenu annuel d'invalidité déterminant se monte en définitive à 36'310 fr., réalisable par l'assurée indépendamment de toute formation professionnelle.

e) Sur la base des revenus hypothétiques ci-dessus, le degré d'invalidité s'élève en définitive au maximum à 32,5% ($[53'793 \text{ fr.} - 36'310 \text{ fr.}] \times 100 / 53'793 \text{ fr.}$).

Vu le taux d'invalidité présenté par la recourante, nettement inférieur au seuil de 40% ouvrant le droit à une rente, c'est à juste titre que l'OAI a nié le droit à cette prestation à l'issue de sa décision du 14 juillet 2015.

Le recours doit en conséquence être rejeté et la décision querellée confirmée, eu égard à la question du droit à la rente de l'assurée.

Cela étant, un tel taux d'invalidité ouvrant le droit théorique à une mesure de reclassement professionnel, il s'agit de déterminer si la recourante peut prétendre des mesures professionnelles.

6. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi de mesures de réadaptation en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA pour autant, d'une part, que celles-ci soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité

de gain (let. a) et, d'autre part, que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). A teneur de l'art. 8 al. 3, let. b, LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance, cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective à la réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (TF I_552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2 ; TFA I_370/98 du 26 août 1999, publié in : VSI 2002 p. 111).

b) Aux termes de l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (TFA I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in : RCC 1988 p. 191).

c) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus

raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 ; TF 9C_349/2013 du 27 septembre 2013 consid. 3.1).

d) Enfin, aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPGA) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) et à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel (TF 9C_28/2009 du 11 mai 2009 consid. 4).

7. a) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain ; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite ; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une

mesure de réadaptation (TF I_552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1 ; TFA I_605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in : SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) pour cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 ; I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4).

b) Par ailleurs, à teneur de l'art. 27 al. 1 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. S'agissant du droit à être conseillé par ces mêmes organes, ceci en application de l'art. 27 al. 2 LPGA, la jurisprudence considère que l'obligation de renseigner à titre individuel comprend notamment l'obligation d'attirer l'attention de l'intéressé sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Elle est donnée lors de demandes concrètes des administrés auprès de l'autorité compétente. A l'inverse, aucun devoir de renseignement n'incombe à l'assureur tant qu'il ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4 ; 133 V 249).

8. Dans le cas d'espèce, ainsi que l'a retenu l'intimé, la recourante rencontre une incapacité totale de travail dans la dernière activité professionnelle réalisée. Elle présente par ailleurs un degré d'invalidité de 32% en cas de reprise d'une activité simple et répétitive, sans formation professionnelle préalable. Ce taux permet théoriquement l'octroi de mesures professionnelles, singulièrement d'un reclassement, pour autant que les autres conditions de ce droit soient remplies. Le but de telles mesures serait de permettre à l'assurée de diminuer son

dommage autant que possible par le biais d'une formation simple et adéquate.

L'intimé a renoncé à des mesures professionnelles après que l'assurée eut exprimé son point de vue selon lequel elle ne pouvait rien faire et souhaitait l'octroi d'une rente entière. Le rapport final du Service de réinsertion professionnelle de l'OAI du 29 mai 2015 précise que, de toute façon, aucune mesure n'entrerait en considération pour réduire le préjudice économique de l'assurée. Il s'agit toutefois d'une simple affirmation, sans autre forme de motivation. Or, les mesures d'ordre professionnel que sont l'orientation professionnelle et l'aide au placement contribuent à réduire le préjudice en facilitant aux assurés le choix d'une profession et la recherche d'un emploi adapté, lorsqu'en raison de leur handicap, ils éprouvent des difficultés importantes pour retrouver une activité adaptée, y compris sans formation complémentaire. Ces mesures n'impliquent au demeurant pas nécessairement qu'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI soit ouverte.

En l'occurrence, on peut admettre que la recourante éprouve du fait de ses atteintes à la santé, des difficultés à définir une activité adaptée dans laquelle elle pourrait réduire autant que possible son préjudice et à retrouver concrètement un emploi dans une telle activité. L'OAI ne pouvait donc d'emblée nier le droit à des mesures d'ordre professionnel. L'inaptitude subjective de la recourante, exprimée lors de l'entretien du 28 mai 2015, imposait la mise en œuvre d'une procédure de sommation au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA avant d'envisager de nier son droit à des mesures professionnelles.

Le point de savoir si ces mesures sont encore envisageables en dépit de la péjoration de l'état de santé alléguée par l'assurée, qui serait survenue postérieurement à la décision litigieuse, n'a pas à être tranché dans la présente procédure. Il appartiendra à l'intimé de compléter l'instruction à cet égard, avant de statuer à nouveau sur le droit aux mesures d'ordre professionnel de la recourante au regard des

nouvelles constatations d'ordre médical, à l'issue d'une procédure de mise en demeure de la recourante.

En définitive, s'agissant du droit aux mesures d'ordre professionnel, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour plus ample examen avant nouvelle décision sur cette question.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis, soit uniquement sur la question du droit à des mesures d'ordre professionnel, et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède conformément aux considérants ci-avant.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe pour l'essentiel.

b) Obtenant partiellement gain de cause, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduite pour ses frais de représentation, à charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA). Il convient in casu de fixer cette indemnité à 1'000 francs.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté s'agissant du droit à la rente.
- II.** Le recours est admis s'agissant du droit à des mesures professionnelles, la décision rendue le 14 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud étant

annulée sur cette question et la cause lui étant renvoyée pour qu'il procède dans le sens des considérants.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'000 fr. (mille cents francs) à titre 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 :

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui, à Lausanne (pour B. _____),
- 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 :