

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Berberat et M. Piguet, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par DAS Protection juridique SA,

et

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

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

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante turque née en [...], résidant sans interruption en Suisse depuis 2005 et titulaire d'un permis C, travaillait en tant qu'employée de production auprès d'une fabrique de biscuits depuis septembre 2008. Souffrant de douleurs lombaires depuis plusieurs années, en augmentation suite à une première chute en 2011, puis une seconde en mai 2014, elle s'est retrouvée en incapacité totale de travailler depuis lors. L'employeur a mis un terme aux rapports de travail pour le 31 décembre 2014 (cf. rapport employeur du 9 mars 2015).

Le 25 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une lombosciatalgie droite sur hernie discale L4-L5 suite à un accident.

Dans un rapport du 19 mars 2015 à l'OAI, la Dresse J._____, médecin traitant, a posé le diagnostic de hernie discale L4-L5 et attesté une incapacité totale de travailler depuis le 18 juillet 2014, précisant que l'activité exercée n'était plus exigible et le rendement réduit, et soulignant que l'assurée ne pouvait pas porter, marchait avec difficulté et était limitée dans la position assise.

Dans un formulaire « Détermination du statut » du 23 mars 2015, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% comme ouvrière polyvalente par nécessité financière.

Dans un rapport du 5 février 2015, les Drs Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et R._____, médecin-assistant, ont indiqué que l'assurée avait été opérée le 5 décembre 2014 pour la cure d'une hernie discale L4-L5. Si l'évolution initiale avait été très favorable, l'assurée avait, quelques

jours après l'intervention, présenté une récurrence de ses lombosciatalgies, toujours présentes au jour de la consultation.

Dans un rapport à l'OAI du 27 octobre 2015, le Dr V._____, spécialiste en neurochirurgie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post-laminectomie L4-L5 (ou *Fail back surgery syndrom*), précisant avoir vu l'assurée pour la dernière fois le 25 août 2015 avec la persistance d'un tableau algique lombaire. L'examen radiographique total effectué le 1^{er} mai 2015 mettait en évidence une discopathie sévère en L4-L5, une perte de la lordose physiologique et un déplacement du centre de gravité antérieurement. Ce praticien a en outre indiqué que l'intéressée était diabétique et présentait une certaine comorbidité, qu'elle montrait des altérations de type facettaire surtout en L2-L3 et qu'il n'était pas exclu que la symptomatologie douloureuse soit en relation avec la facettopathie.

Par courrier du 31 octobre 2015, la Dresse J._____ a répondu aux questions posées par l'OAI. Elle a posé le diagnostic de hernie discale en L4-L5 opérée avec séquelle secondaire, attestant la persistance des douleurs lombaires avec irradiation bilatérale au niveau des fesses depuis son dernier rapport. Elle a précisé que trois jours après l'intervention de décembre 2014, des douleurs étaient réapparues au même endroit, douleur qui était depuis lors invalidante avec un retentissement quotidien. La Dresse J._____ a mentionné que l'assurée était en arrêt de travail depuis mai 2014 et qu'une reprise du travail n'était actuellement pas possible. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a retenu ce qui suit : « pas de port de charge, ne peut pas marcher longtemps, pas de position (penchée en avant, sur les genoux, mouvement de rotation...) ».

L'assurée a fait l'objet d'une expertise mandatée par l'assurance perte de gain, menée par le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie. On extrait ce qui suit du rapport d'expertise du 21 juin 2016 :

« **Appréciation**

[...]

De l'étude du dossier, il ressort l'existence d'anomalie somatique sous forme de discarthrose lombaire avec une hernie discale paramédiane latérale L4 - L5 droite susceptible de créer un conflit radiculaire L4 et d'arthrose facettaire. Après la cure d'hernie discale effectuée en décembre 2014 il semble que l'assurée présente surtout des lombo-fessalgies sans nets signes de souffrance radiculaire. Les rapports ne sont pas unanimes quant à la présence d'une récurrence de hernie discale L4-L5 mais s'accordent sur l'existence d'une fibrose postopératoire.

[...]

Au total, sur le plan somatique, il y a indéniablement des anomalies rachidiennes susceptibles d'expliquer une partie des lombo-fessalgies ressenties par l'assurée. Il y a, par contre, également des éléments faisant évoquer l'intervention de facteurs extra-somatiques dans l'évolution défavorable de la symptomatologie douloureuse. Bien que cela sorte du champ de ma spécialité, il n'y a pas d'argument pour évoquer une problématique psychologique importante, malgré quelques symptômes dépressifs d'allure réactionnelle. On relève surtout des facteurs contextuels, tels que les difficultés de compréhension et d'acculturation, la très longue durée d'incapacité de travail et la situation socio-familiale de l'assurée, qui peuvent jouer un rôle défavorable.

Sur le plan thérapeutique, compte tenu de la composante de non-organicité, avec abaissement du seuil douloureux, et en l'absence de signes objectifs de gravité, notamment neurologique, une approche conservatrice et non invasive doit être privilégiée. Il faut proposer une approche pluridisciplinaire active (par exemple à l'Unité Rachis du Centre B._____) visant notamment à lutter contre le déconditionnement et la kinésiophobie. Une psychothérapie de soutien dans sa langue pourrait également être utile (par le biais d'Appartenance par exemple).

D'un point de vue strictement médical, le pronostic est réservé compte tenu de la récurrence douloureuse après une première intervention neurochirurgicale (failed back surgery). Il y a également plusieurs facteurs de mauvais pronostic contextuels : la longue durée d'incapacité de travail, les problèmes d'acculturation, l'absence de qualification professionnelle et la situation socio-familiale.

Au vu de ce qui précède, je puis répondre comme suit aux questions posées :

1. **Diagnostics actuels exacts** : lombo-fessalgies chroniques, à prédominance droite, dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire, avec possible récurrence d'une hernie discale L4-L5 après une cure d'hernie discale le 5 décembre 2014. Sans répercussion sur la capacité de travail, on peut mentionner l'obésité, un diabète non insulino-requérant et une hypertension artérielle traitée.

2. ***Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ?*** Compte tenu du licenciement au 31 décembre 2014, la question ne se pose pas.
3. ***Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans une profession adaptée à l'handicap ?*** D'un point de vue médico-théorique, la reprise d'une activité professionnelle adaptée pourrait être envisagée dès à présent mais à temps partiel pour tenir compte du syndrome douloureux, de la médication et du syndrome de déconditionnement : 30% puis augmentation à 50% après 1 à 2 mois. Compte tenu des anomalies somatiques, les limitations fonctionnelles concernent le port de charges au-delà de 5 kg occasionnellement et les travaux en porte-à-faux du tronc. Une activité adaptée doit permettre l'alternance des positions assis-debout.
4. ***Des mesures de réinsertion de l'AI (selon 14a LAI) vous semble-t-elles compatibles avec l'état de l'assuré (être capable d'assumer un temps de présence professionnelle d'au moins 2h/j pendant 4j/sem) et seraient-elles bénéfiques ?*** D'un point de vue médico-théorique, de telles mesures sont possibles au taux minimum mentionné. Elles sont vraisemblablement vouées à l'échec en l'état actuel et devraient être envisagées après une prise en charge active intensive et multidisciplinaire.

[...] ».

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 14 décembre 2016, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a fixé le début de l'incapacité de travail durable au 10 juillet 2014 en se basant sur le rapport de la Dresse J._____, du 19 mars 2015. Pour le surplus, il s'est rallié aux conclusions de l'expertise du Dr C._____ et a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de probablement 50% dans une activité adaptée en raison des lombalgies chroniques persistantes et indiqué comme limitations fonctionnelles l'alternance régulière des positions assis/debout, le travail en porte-à-faux du tronc proscrit et le soulèvement et port occasionnels de charges limités à 5kg.

Par décision du 15 juin 2017, confirmant un projet du 6 janvier 2017, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2015 au 30 septembre 2016 fondée sur un degré d'invalidité de 100%, puis un quart de rente, fondée sur un degré

d'invalidité de 45%, à partir du 1^{er} octobre 2016, soit trois mois après amélioration de son état de santé, selon la motivation suivante :

« Résultat de nos constatations :

Vous exercez l'activité d'employée de production.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 10 juillet 2014. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 10 juillet 2015, votre incapacité de travail est toujours totale dans toute activité, de sorte que le droit à une rente est théoriquement ouvert.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Vous avez déposé votre demande le 25 février 2015. La prestation ne peut être allouée que dès le 1^{er} août 2015.

Par ailleurs, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès le 21 juin 2016, une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (alternance régulière des positions assis/debout, travail en porte-à-faux du tronc proscrit, soulèvement et port occasionnels de charges limités à 5kg).

Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé, soit CHF 44'223.75 pour 2016, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée (conditionnement légère, assemblage à l'établi, visiteuse).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2014, CHF 4'300.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête

suisse sur la structure des salaires 2014, TA1 ; niveau de compétence 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 ; La vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'482.75 (CHF 4'300.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 53'793.00.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2016 (+ 0.80%) ; La vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 54'224.20 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 27'112.10 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, votre âge ainsi que votre nationalité et permis, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 24'400.89.

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	44'223.75			
avec invalidité	CHF	<u>24'400.89</u>			
La perte de gain s'élève à	CHF	19'822.86	=	un	degré
d'invalidité de 45%					

Un degré d'invalidité de 45% ouvre le droit à un quart de rente.

Votre rente entière diminuera à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2016, soit trois mois après l'amélioration de votre état de santé [...] »

B. Par acte du 17 août 2018 (date du timbre postal), P._____, représentée par DAS Protection juridique, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme, en ce sens que la rente entière

octroyée ne soit pas limitée dans le temps, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. Elle conteste en substance l'appréciation des pièces médicales effectuées par l'intimé, considérant que celle-ci est insuffisante pour déterminer sa capacité de travail, ainsi que le taux d'abattement de 10%.

Dans sa réponse du 2 octobre 2017, l'intimé préavise le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse. Il fait valoir qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR faisant siennes celles du Dr C._____ et que le taux d'abattement de 10% tient compte des limitations fonctionnelles, de l'âge et de la nationalité de l'assurée.

Répliquant le 17 octobre 2017, la recourante maintient ses conclusions et produit un rapport du 14 août 2017 de la Dresse J._____ dont la teneur est la suivante :

« J'ai revu Madame P._____ le 5 juillet 2017 au cabinet.

Cette patiente se plaint de douleurs lombo sciatiques droites chroniques depuis son intervention.

A sa dernière visite, elle présentait une petite boîterie droite.

Les limitations fonctionnelles sont : pas de port de charge supérieure à 3kg, pas de position prolongée assise ou debout.

Ses traitements actuels, dans le cadre d'une antalgie, sont les suivants :

Lyrica 100, Sirdalud 2 mg, Tilur 90 Retard, Zalidar.

Depuis 2014, elle n'a pas repris une activité professionnelle.

Dans une activité adaptée, actuellement il faudrait commencer par 30% puis ensuite envisager un passage à 50% si possible [...] ».

Par duplique du 7 novembre 2017, l'intimé persiste dans ses conclusions, soulignant que le rapport médical versé au dossier n'apporte aucun élément susceptible de modifier sa position.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, soit postérieurement au 30 septembre 2016.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré

trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge prendra en considération le fait que ces derniers peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unissent à celui-ci ; il convient dès lors 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 références).

4. En l'espèce, l'intimé retient que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 21 juin 2016, ce que l'intéressée conteste.

Tous les médecins s'accordent sur le fait que la recourante a présenté des lombalgies, à l'origine de l'incapacité totale de travail ayant débuté en 2014, qui a conduit à l'opération relative à la cure de la hernie discale en L4-L5 le 5 décembre 2014. Les différents praticiens s'entendent également sur le fait que les suites de cette intervention n'ont pas été favorables, la recourante présentant une persistance des douleurs à son issue. Le diagnostic de status post-laminectomie L4-L5 a d'ailleurs été posé et n'est pas contesté. Devant la persistance des troubles, des investigations complémentaires ont été mises en œuvre et l'assurée a fait l'objet d'une expertise commandée par l'assureur perte de gain.

Dans ce cadre, le Dr C. _____ a, dans son rapport d'expertise du 21 juin 2016, fixé la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance régulière des positions assis/debout, travail en porte-à-faux du tronc proscrit, soulèvement et port occasionnels de charges limités à 5kg), à 50% dès le 21 juin 2016. Ce spécialiste a en particulier expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles la capacité de travail de la recourante avait été fixée à 50% mettant notamment en évidence des facteurs extra-somatiques, ce praticien préconisant toutefois une reprise d'abord à 30% pendant un ou deux mois en vue d'un reconditionnement.

On relèvera que cette expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine valeur probante. Ce rapport, rédigé par un spécialiste, apparaît en effet complet, fondé sur une analyse minutieuse des pièces au dossier et contient un compte-rendu des principaux éléments d'anamnèse, ainsi que des plaintes alléguées. Résultant d'investigations cliniques approfondies, il est en outre exempt de contradiction, de sorte que la situation de l'assurée peut d'emblée emporter la conviction.

La recourante reproche à l'intimé de s'être fondé uniquement sur les conclusions du SMR du 14 décembre 2016, ce qui n'était pas suffisant. Or force est de constater que ce rapport du SMR ne fait que reprendre les conclusions du rapport d'expertise rédigé par le Dr C._____, dont il a été démontré qu'elles étaient convaincantes.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne permettent d'ailleurs pas de remettre en cause ces constatations. En particulier, l'appréciation de la Dresse J._____ rejoint celle de l'expert C._____ - et par là même celles du SMR - s'agissant des limitations fonctionnelles (pas de port de charge supérieure à 3kg, pas de position prolongée assise ou debout). Dans son rapport du 14 août 2017, le médecin traitant entrevoit par ailleurs l'exercice d'une activité adaptée à 50%.

Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir, sur la base des éléments au dossier, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dès le 21 juin 2016 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Sur cette base, l'OAI a correctement fixé la diminution de la rente entière d'invalidité au 30 septembre 2016, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de la recourante (cf. consid. 3b *supra*).

5. La recourante reproche à l'intimé d'avoir procédé à un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner le point de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre. 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, en règle générale, 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_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et les références citées).

Le montant résultant des statistiques peut encore faire l'objet d'une réduction dépendant 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses perspectives salariales (ATF 126 V 75 consid. 5a/bb et les références citées). La réduction appliquée sur le revenu d'invalide n'est toutefois pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas

d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa).

b) En l'espèce, il convient de confirmer l'abattement sur le salaire statistique retenu à titre de salaire d'invalidé, salaire que la recourante ne conteste à juste titre pas. En effet, l'intimé a retenu un abattement de 10 %, en le justifiant par l'âge de la recourante et ses limitations fonctionnelles qui peuvent constituer un désavantage salarial. Dans la mesure où la recourante est au bénéfice d'un permis C, elle ne saurait subir de désavantage salarial du fait de la nature de son titre de séjour. Dès lors, seuls les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles peuvent justifier un abattement sur le revenu d'invalidé. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir un abattement supérieur à 10 %, quoi qu'en dise la recourante.

A titre superfétatoire, il sied de mentionner que la prise en compte d'un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé ne serait en tout état de cause pas de nature à modifier le droit aux prestations de la recourante. En effet, même en tenant compte d'une réduction de 15%, la comparaison du revenu avec et sans invalidité (de respectivement 44'223 fr. 75 et de 23'045 fr. 30) aboutirait à une perte de gain de 21'178 fr. 45, correspondant à un degré d'invalidité de 48% ($21'178 \text{ fr. } 45 / 44'223 \text{ fr. } 75 \times 100$), ouvrant toujours le droit à un quart de rente d'invalidité.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 15 juin 2017 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 P._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- DAS Protection juridique SA (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :