

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 667 vom 27. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__667

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 667 du 27 octobre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 667 del 27 ottobre 2015

Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, EXPERTISE MÉDICALE, EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ | 28 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 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). 5.5 En l'espèce, l'aspect somatique de l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examen cliniques substantiels, réalisés le 5 mai 2010 par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr M. _____, respectivement au sein de la Clinique W. _____ en vue de l'établissement du rapport du 17 février 2011. A la suite de ces examens, les spécialistes concernés ont unanimement estimé que la situation était stabilisée, malgré la persistance des douleurs alléguées par l'assurée. Était relevée « une bonne mobilité du poignet » en dépit d'une certaine « diminution de la force », sans que ne fussent préconisées de nouvelles mesures médicales compte tenu de la consolidation de l'arthrodèse effectuée par le Dr J. _____ (cf. à cet égard rapport du Dr M. _____ du 5 mai 2010, p. 5, et rapport de la Clinique W. _____ du 17 février 2011, p. 3). Quant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, ils ont estimé que l'assurée n'était certes plus en mesure de poursuivre son activité habituelle de manutentionnaire, mais se trouvait dotée d'une capacité de travail de 100% dans une activité ménageant son membre supérieur droit. Les spécialistes ont expressément exclu dans ce contexte toute activité comportant le port de charges, les gestes répétitifs du membre supérieur droit, particulièrement en cas de travaux de force (cf. rapports du Dr M. _____ du 5 mai 2010, p. 5, et de la Clinique W. _____ du 17 février 2011, p. 5). On observe que ces constats rejoignent ceux du propre chirurgien traitant de l'assurée, le Dr J. _____, ce dernier ayant fait état d'une situation stationnaire depuis son rapport à la CNA du 15 septembre 2008, où il avait également considéré que l'exercice d'une activité adaptée aux restrictions du poignet droit de sa patiente était envisageable. En outre, les documents produits ultérieurement par l'assurée à l'appui de sa contestation à l'encontre des décisions et décisions sur opposition de la CNA, singulièrement les rapports des Drs A. _____ et T. _____, ne font pas sérieusement mention de restrictions supplémentaires à l'exercice d'une activité lucrative adaptée. Le Dr T. _____ a en effet préconisé des mesures en vue de réintégrer l'assurée sur le marché de l'emploi, tout en se consacrant au surplus essentiellement à démontrer l'origine éventuellement traumatique des atteintes à la santé affectant la recourante et à exposer les mesures médicales encore envisageables. Non sans une certaine contradiction, il a par la suite, dans

son avis du 10 mars 2013, critiqué la mise en œuvre d'une mesure de réintégration auprès de U._____, sous l'égide de l'AI. Pourtant, cette mesure n'avait pas été interrompue en invoquant des problèmes au membre supérieur, mais, selon le Dr Y._____, en raison d'une surcharge psychologique. L'expert E._____ avait relevé encore d'autres motifs, avancés par la recourante, pour l'interruption de la mesure qui n'avaient également pas trait à son membre supérieur (par exemple : atmosphère de « garderie », jeunesse et immaturité des autres participants). Quant aux collaborateurs de U._____, ils avaient constaté, dans un rapport du 9 novembre 2012, que la recourante conservait l'habileté manuelle nécessaire à l'accomplissement de tâches administratives. Le Dr A._____ a pour sa part relevé la « mobilisation articulaire assez bonne » constatée chez l'assurée sans se prononcer spécifiquement en termes de capacité de travail (cf. rapports du Dr T._____ des 23 et 27 mars 2011 et du Dr A._____ du 16 octobre 2012). Compte tenu de l'exhaustivité des examens conduits tant par le Dr M._____ que par les experts de la Clinique W._____ et en l'absence de tout élément substantiellement nouveau qui viendrait contredire les conclusions de ces spécialistes, l'on ne voit pas de raison de s'en écarter, ni même de les compléter. Il s'agit donc de considérer que la recourante est dotée – au plus tard depuis son départ de la Clinique W._____ en janvier 2011 – d'une capacité de travail de 100% dans une activité respectant son état de santé, sur le plan strictement somatique.

5.6 Quant à l'aspect psychique de la situation, il a été investigué tant auprès de la Clinique W._____ lors du séjour de l'assurée en janvier 2011 que par l'expert mandaté par l'OAI, le Dr E._____. Les spécialistes divergent certes quant aux diagnostics retenus – à savoir « syndrome de stress post-traumatique » pour la consultante de la Clinique W._____, la Dresse P._____, et « trouble anxieux et dépressif mixte » accompagné d'un « syndrome de comportement non spécifié associé à des facteurs physiques » pour le Dr E._____ – mais ont néanmoins retenu une capacité de travail substantielle en faveur de l'assurée. Cela étant, compte tenu de la jurisprudence fédérale rappelée ci-dessus au considérant 5.2, il y a lieu d'accorder la prépondérance aux observations du Dr E._____ qui a exposé à satisfaction les raisons justifiant de s'écarter de l'appréciation diagnostique de la Dresse P._____. Singulièrement, le Dr E._____ a procédé à des investigations minutieuses de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de son anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et des avis à disposition. Il a par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à son champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer ses conclusions. Ces dernières, extrêmement étayées, emportent indubitablement la conviction. On ajoutera que les diagnostics retenus par le Dr E._____ sont identiques à ceux avancés en son temps par la psychologue ayant assumé le suivi de l'assurée jusqu'en 2012, Mme K._____. Quand bien même celle-ci n'a pas la qualification d'un médecin spécialiste, il n'en demeure pas moins que son avis est largement indicatif de l'état de sa patiente au vu d'une prise en charge s'étendant sur plusieurs années. L'assurée ne remet au surplus pas en question les conclusions du Dr E._____, ne produisant aucun document relatif à son état de santé psychique et ne relatant aucune prise en charge spécialisée de ce registre depuis la fin du mandat de la psychologue précitée.

5.7 Compte tenu de ce qui précède, il s'agit de considérer que l'état de santé global de la recourante a été investigué de manière complète, tandis qu'il y a lieu de suivre les conclusions des spécialistes sollicités par la CNA et l'OAI. Il convient dès lors de retenir que l'assurée a recouvré au plus tard dès octobre 2011, pour tenir compte de

l'estimation du Dr E. _____ sous l'angle psychique, une capacité totale de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles déterminées sur le plan physique. On notera à cet égard que l'OAI a, à tort, pris en compte une amélioration de l'état de santé de l'assurée à partir de septembre 2011 à l'issue de sa décision du 2 juillet 2014, alors même que le Dr E. _____, auquel s'est pour l'essentiel rallié le SMR, a expressément indiqué octobre 2011 au titre de date déterminante de ladite amélioration. La décision litigieuse devra donc être rectifiée à cet égard (cf. considérant 7 ci-dessous).

6. Vu les conclusions médicales probantes précitées, il s'agit à ce stade de se prononcer sur l'aspect économique de ce dossier, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux d'invalidité retenu en faveur de la recourante.

6.1 On rappellera préalablement que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3 ; TFA I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1). Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d ; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

6.2 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898). La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail – ce qui revient à l'assurance-chômage –, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en

chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). 6.3 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). Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il avait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb) ; il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas particulier que l'assuré ne se serait par contenté d'une telle rémunération de manière durable ou lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser – au degré de la vraisemblance prépondérante – s'il n'était pas devenu invalide. Il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiée par l'OFS (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246). Pour la détermination du revenu sans invalidité, il faut également tenir compte des chances réelles d'avancement compromises par l'invalidité en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Dans tous les cas, il faut établir au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'il aurait réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (cf. TFA U 361/01 du 31 janvier 2003 consid. 4.1). Des chances d'avancement doivent être hautement vraisemblables (TFA I 590/02 du 20 juin 2003 consid. 3.2.3). De simples possibilités théoriques n'entrent pas en ligne de compte. L'assuré doit dès lors apporter la preuve qu'il aurait réalisé un revenu plus élevé s'il n'était pas devenu invalide, par exemple en établissant que l'employeur avait laissé entrevoir une perspective d'avancement ou qu'il avait donné des assurances en ce sens. L'intention de progresser sur le plan professionnel peut également s'être manifestée par des étapes concrètes, telles que la fréquentation de cours, le début d'études ou la passation d'examens, etc. (VSI 1998 p. 170 et références citées). On évitera toutefois de poser des exigences de preuve trop strictes lorsque l'assuré était jeune et débutait à peine sa carrière professionnelle au moment de la survenance de l'invalidité, ceci compte tenu de la difficulté à apporter la preuve d'une évolution hypothétique du revenu sans invalidité (TF I 400/06 du 2 mai 2007 consid. 4 et références citées ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de

l'assurance-invalidité [AI], Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 557 n° 2091). 6.3.1 Dans le cas particulier, la CNA a pris en compte un revenu hypothétique mensuel sans invalidité de 4'408 fr., équivalant à un gain annuel de 52'904 fr. selon les données concrètes fournies par C. _____ SA pour l'année 2011 (cf. réponse de l'employeur au questionnaire de la CNA, complété le 4 juillet 2011). 6.3.2 L'OAI n'a en revanche pas considéré que le revenu hypothétique sans invalidité pouvait être fixé sur la base des données concrètes ci-dessus et s'est référé à l'ESS, conformément à la jurisprudence rappelée supra. Au vu de la diversité des activités exercées par l'assurée depuis son arrivée en Suisse, il a pris en compte le tableau regroupant le total des activités de la production et des services. Selon ces données, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2010, pouvaient prétendre un salaire mensuel de 4'225 fr., part au 13^{ème} salaire comprise, sans qualification professionnelle particulière (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Après actualisation à 2011 et au vu de la durée hebdomadaire usuelle du travail, l'OAI a mis à jour un revenu sans invalidité de 53'383 francs. Il convient de rectifier l'actualisation du revenu comme suit. Les salaires bruts standardisés tiennent en effet compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2). Le revenu mensuel doit être ainsi majoré à 4'405 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), correspondant à un salaire annuel de 52'855 francs. Après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), le revenu annuel déterminant à plein temps est de 53'367 fr. en lieu et place du montant arrêté in casu par l'OAI. 6.3.3 En l'espèce, force est de relever que l'on ne voit a priori aucune raison de s'écarter du revenu concrètement communiqué par C. _____ SA, avec laquelle l'assurée avait au demeurant envisagé une collaboration durable par le biais d'un contrat de durée indéterminée. On ne donnera en particulier pas suite favorable aux revendications de la recourante en lien avec des perspectives de gain plus importantes auprès de cet employeur, étant précisé qu'elle n'a produit aucun indice concret en ce sens. On ne peut retenir en l'état que des perspectives d'avancement eussent été avérées, ni d'ailleurs que la recourante eût repris des études afin d'acquérir un niveau de formation supérieure, en l'absence de toute pièce étayant ses arguments dans ce contexte. En outre, on rappellera que l'allégation selon laquelle son niveau de formation dans son pays d'origine équivaldrait à celui d'un employé de commerce, n'a pas été davantage démontrée. Enfin, on rappellera, à l'instar de l'OAI, que l'assurée n'a, depuis son arrivée en Suisse, jamais réalisé un revenu aussi élevé que ceux retenus par la CNA, respectivement l'OAI, au titre de revenu hypothétique sans invalidité. Il s'agit donc d'écarter les griefs de la recourante quant à la fixation de son revenu sans invalidité. Par ailleurs, il sera exposé ci-après sous considérant 6.5 que la prise en compte du revenu concret de 52'904 fr. retenu par la CNA ou de celui ressortant de l'ESS de 53'367 fr. au titre de revenu sans invalidité demeure sans incidence significative sur le degré d'invalidité de la recourante en termes de droit aux prestations AI.

6.4 Le revenu d'invalidité 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'invalidité. 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'ESS publiée par l'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). 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).

6.4.1 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 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et compatibles avec les restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées. Après prise en compte de la durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 et actualisation à cette même année selon le procédé utilisé pour la mise à jour du revenu hypothétique sans invalidité (cf. ci-dessus considérant 6.3), on obtient derechef un revenu de 53'367 francs.

6.4.2 Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 10% paraît approprié pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de la requérante qui est entravée dans la mobilisation de son membre supérieur dominant. 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 jeune, dotée de ressources adaptatives, et, contrairement à ce qu'elle soutient, ne subit aucune entrave sérieuse du point de vue linguistique. Par ailleurs, des problèmes psychosociaux ou d'ordre linguistique ne

constituent pas des critères à prendre en considération (cf. ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007 consid. 4.3 et 6.5 ; TFA I 805/05 du 30 novembre 2006 consid. 5.2 et 5.3). On ajoutera qu'une réduction de 15%, supérieure de 5% à celle fixée par l'OAI, n'aurait pas d'incidence déterminante s'agissant du droit aux prestations de la recourante. 6.5 Ainsi que l'a indiqué l'OAI dans la décision entreprise, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique – ce qui est le cas en l'espèce – le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail sous réserve de la réduction des salaires statistiques (cf. TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2). In casu, le degré d'invalidité de la recourante ascende ainsi effectivement à 10% depuis octobre 2011, comme l'a déterminé l'OAI par décision du 2 juillet 2014, voire au plus à 15% si l'on devait prendre en considération un abattement de cette mesure sur les salaires statistiques, ce qui est de toute façon insuffisant pour maintenir le versement d'une rente d'invalidité. Par ailleurs, en retenant le revenu sans invalidité concret, communiqué par C. _____ SA, l'incapacité de gain se monterait dès octobre 2011 à 9,2% ($(52'904 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 52'904 \text{ fr.}$), arrondis à 9% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant également de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI. 7. Compte tenu des éléments ci-dessus, l'OAI était légitimé à mettre fin au versement de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante dès le 1^{er} novembre 2008. Cela étant, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, il convient de tenir compte d'une période de trois mois dès octobre 2011, correspondant à la date de l'amélioration de l'état de santé de l'assurée et du recouvrement d'une capacité de travail entière. L'intervalle de trois mois consacré par la disposition réglementaire en question porte le terme de la rente entière d'invalidité au 31 décembre 2011 en lieu et place du 30 novembre 2011, la décision du 2 juillet 2014 devant être rectifiée dans cette mesure. 8. Reste la question des mesures d'ordre professionnel, singulièrement du droit au reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI, que l'assurée semble revendiquer aux termes de ses différentes écritures à la Cour de céans. 8.1 On rappellera que dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et la référence citée). 8.2 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 130 V 488 consid. 4.2 et les références). En l'occurrence, au vu du degré d'invalidité mis à jour par l'OAI, il apparaît que l'assurée ne peut prétendre un reclassement de l'AI, faute d'atteindre le seuil minimal fixé par la jurisprudence fédérale susmentionnée. Tout au plus peut-elle prétendre une mesure de placement en vertu de l'art. 18 LAI afin d'être soutenue dans sa recherche d'un emploi adapté à son état de santé. Il lui appartient de solliciter une telle prestation auprès de l'OAI en s'engageant à faire preuve de la motivation suffisante impliquée par l'octroi de cette mesure. 9. Il résulte de l'ensemble des considérants qui précèdent que le recours doit être très partiellement admis en ce qui concerne le terme du

versement de la rente entière d'invalidité allouée à la recourante, lequel doit être porté au

E. 31

décembre 2011, la décision querellée étant réformée en ce sens. Le recours sera au surplus rejeté. 9.1 La procédure est onéreuse ; 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). En l'espèce, compte tenu de l'issue de la procédure, les frais de justice sont fixés à 200 fr. et mis à la charge de l'intimé. Vu la situation économique de la recourante, il est renoncé à lui demander une participation à des frais judiciaires supplémentaires (cf. art. 50 LPA-VD). 9.2 Il y a au demeurant lieu d'allouer des dépens réduits à 500 fr., la recourante n'obtenant que très partiellement gain de cause (art. 55 al. 1 et 56 al. 2 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGa). 9.3 Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les éventuels frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, et qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi. La recourante a bénéficié, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 2 septembre 2014 (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Elle a par ailleurs décidé unilatéralement de mettre fin à ce mandat dès le 21 février 2015, Me Carré en ayant formellement été libéré par le juge instructeur selon la correspondance du 8 avril 2015. Le 21 février 2015, Me Carré a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. La liste corrélatrice comprend toutefois une partie des démarches effectuées en faveur de l'assurée dans le cadre de la procédure introduite contre la CNA sous numéro de cause AA 78/12, lesquelles sont prises en compte dans l'arrêt corrélatif. On observe également des opérations vraisemblablement afférentes à la procédure en responsabilité civile envisagée contre C. _____ SA, lesquelles doivent être retranchées de la présente affaire (cf. p. ex. différents courriers à l'employeur précité, notamment les 23 octobre 2014 et 19 novembre 2014). Par ailleurs sont indiquées des correspondances téléphoniques avec des médecins et des intervenants non impliqués dans le litige opposant l'assurée à l'OAI par devant la Cour de céans qu'il n'y pas lieu d'indemniser (cf. conférences téléphoniques des 10 novembre 2014 et 29 janvier 2015). Enfin, les correspondances adressées suite à la résiliation du mandat de l'avocat, à l'exception de celle expédiée à la Cour de céans, ainsi que les opérations en lien avec la reconnaissance de dette que Me Carré a fait parvenir à sa cliente, n'ont pas à être prises en considération dans le contexte de la présente procédure. Une reconnaissance de dette ne pouvait par ailleurs pas être requise pendant le mandat d'office pour les opérations effectuées dans ce contexte. La liste des opérations effectuées par Me Carré doit en conséquence être réduite pour respecter les limites matérielles fixées par la décision du juge instructeur du 10 septembre 2014, soit en ne retenant que les opérations effectuées dans le cadre du recours entamé contre la décision de l'OAI du 2 juillet 2014. Il s'agit en définitive de prendre en compte les opérations effectuées par Me Carré à hauteur d'un total de 5 heures et 18 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit 954 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire

civile ; RSV 211.02.3]). A ce montant s'ajoutent les débours arrondis à 160 fr. et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'203 fr. 10 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause (face au tribunal, un recours de douze pages contenant en partie les mêmes allégations et griefs qu'en procédure administrative et un mémoire de deux pages). Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, de sorte que le solde à hauteur de 703 fr. 10 est provisoirement supporté par le canton, ce dernier étant subrogé à concurrence de ce montant (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable par renvoi). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 703 fr. 10 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC cité plus haut. Il incombera au Service juridique et législatif d'en fixer les modalités (cf. art. 5 RAJ).

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