

## VD\_GERICHTE ZD16.038384 vom 2. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.038384](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.038384)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.038384 du 2 mars 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.038384 del 2 marzo 2017

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 213/16 - 95/2017 ZD16.038384 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 2 mars 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges Greffière : Mme Kreiner \*\*\*\*\* Cause pendante  
entre : X. \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès  
d'Inclusion Handicap à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR  
LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI ;  
art. 88a al. 1 RAI 402

- 2 - E n f a i t : A. X. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957,  
droitière, œuvrait depuis le 16 août 2011 pour le compte de l'EMS U. \_\_\_\_\_ à [...] en  
qualité d'aide-infirmière et était à ce titre assurée auprès de J. \_\_\_\_\_ SA (ci-après :  
J. \_\_\_\_\_) contre les accidents professionnels et non professionnels. Selon la déclaration  
d'accident non datée reçue le 22 mars 2012 par J. \_\_\_\_\_, l'assurée s'était encoublée  
devant sa maison et était tombée lourdement sur le bras gauche, le samedi 17 mars 2012 à  
22 h 30. Les premiers soins ont été prodigués le 18 mars 2012 aux Etablissements  
Hospitaliers [...] (Etablissements hospitaliers O. \_\_\_\_\_) et, le 21 mars 2012, l'assurée a  
subi une réduction sanglante et une ostéosynthèse par plaque palmaire en raison d'une  
fracture comminutive intra-articulaire du radius distal gauche de type Volar Barton. Elle a  
présenté une incapacité de travail à 100 % dès le 17 mars 2012. J. \_\_\_\_\_ a pris le cas en  
charge. Dans un rapport du 22 mai 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie  
orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a mentionné une évolution marquée  
par une neuroalgodystrophie pour laquelle un traitement de physiothérapie avait été  
instauré, sans que les radiographies ne montrent de déplacement secondaire de la fracture.  
Ce chirurgien précisait également qu'une ostéoporose modérée des os du carpe pouvait être  
en train d'apparaître. Le 24 juillet 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations AI  
pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après :  
l'OAI ou l'intimé) en raison de son atteinte au bras gauche (« radius du bras cassé, S[ü]deck  
prononcé ») existant depuis le 17 mars 2012. Dans son rapport à l'OAI du 31 juillet 2012, le  
Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée,

- 3 - a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de neuroalgodystrophie de  
Südeck du membre supérieur gauche et de status post fracture comminutive intra-articulaire  
du radius distal gauche de type Volar Barton traitée par réduction sanglante et  
ostéosynthèse par plaque palmaire le 21 mars 2012. L'incapacité de travail était totale.  
L'employeur a indiqué le 3 août 2012 à l'OAI que l'assurée, qui travaillait pour son compte  
depuis le 16 août 2011, réalisait depuis cette date un revenu mensuel de 4'200 fr. payable  
treize fois l'an. Dans un rapport du 14 août 2012 au Dr G. \_\_\_\_\_, le Dr K. \_\_\_\_\_ s'est  
exprimé en ces termes sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée : “[...] Appréciation du

cas : actuellement la fracture peut être considérée comme consolidée et les suites liées à la neuroalgodystrophie empêchent la patiente de reprendre son activité professionnelle d'aide-soignante. La physiothérapie doit être poursuivie. Une réorientation professionnelle par l'AI est initiée et je leur adresse en copie cette lettre comme certificat. La patiente pourrait être adressée au centre de réadaptation de la SUVA à Sion afin de traiter son algodystrophie si le médecin-conseil de la J.\_\_\_\_\_, le Dr Z.\_\_\_\_\_, confirme cette indication. En ce qui me concerne je reverrai Mme X.\_\_\_\_\_ à la fin de l'année afin d'évaluer l'indication à une éventuelle ablation du matériel d'ostéosynthèse. Je te laisse le soin d'adapter sa capacité travail jusqu'à cette date. [...]" Dans un rapport du 18 décembre 2012 au Dr G.\_\_\_\_\_, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que le suivi d'une physiothérapie dirigée avait permis une récupération progressive de la fonction du poignet et de la main gauches de l'assurée. A l'examen, ce chirurgien a observé ce qui suit : "La mobilité en prosupination est presque symétrique, l'inclinaison radio-cubitale est limitée mais peut être aisément initiée sans douleur et la flexion dorso-palmaire elle reste sévèrement limitée en flexion palmaire à environ 15°. La tuméfaction des doigts et du

- 4 - poignet tend à diminuer. Il persiste une allodynie de la cicatrice qui est discrètement érythémateuse. Les radiographies confirment la consolidation de la fracture." De l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, il était trop tôt pour envisager l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il se prononçait pour la poursuite d'une physiothérapie dirigée, estimant une reprise de la profession habituelle d'aide-soignante impossible, avec la précision qu'une réorientation professionnelle était en cours auprès de l'assurance- invalidité (stage auprès de l'Organisation romande pour l'intégration et la formation professionnelle [Orif]) dans une activité de secrétariat. Un contrôle radio-clinique était prévu à dix-huit mois post accident afin d'évaluer l'indication de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Une mesure d'orientation professionnelle auprès de l'Orif de [...] a été accordée à l'assurée du 7 au 25 janvier 2013. La mesure a été interrompue le 21 janvier 2013. Dans un rapport du 25 janvier 2013, le maître socio- professionnel répondant et le directeur de l'Orif de [...] se sont prononcés en ces termes au sujet de l'observation professionnelle de l'assurée débutée le 7 janvier 2013 : "Proposition : Au vu des douleurs encore très présentes et de la dégradation très rapide de l'état de la main gauche de Mme X.\_\_\_\_\_, la mesure a été interrompue en date du 21 janvier 2013 d'entente avec votre office. Selon nos observations, l'exercice d'une activité dans le bureau- commerce est précipitée et pas envisageable pour l'instant. Dans le cas où le domaine serait retenu par la suite, en cas d'amélioration de l'état de sa main, il serait bénéfique pour Mme X.\_\_\_\_\_ de pouvoir suivre des cours d'informatique sur les outils OFFICE et Windows, ce qui permettrait à votre assurée de réintégrer le marché du travail grâce aux connaissances professionnelles déjà acquises, qu'il suffirait de rafraîchir."

- 5 - L'assurée a été examinée le 9 janvier 2013 par le médecin- conseil de J.\_\_\_\_\_. Dans son rapport d'examen du 28 janvier 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit : "Au status : femme de 164,5 cm, 93 kg. Absolument pas dépressive, de contact facile, participant parfaitement bien à l'examen, y apportant toute sa collaboration. En station verticale, l'épaule gauche est légèrement plus basse que la droite. Mobilité cervicale en extension distance menton-sternum 15 cm en flexion 1 cm, rotations de la tête 80° symétriques sensibles, flexions latérales 20° symétriques sensibles aussi, sensation de sable dans la colonne cervicale. Mobilité des épaules : élévation 180° symétrique, abduction 180° symétrique, rotation externe 60° symétrique, interne 100° symétrique. Mobilité des coudes :

sans limitation avec une légère hyper extension des 2 coudes. Circonférence des bras chez une droitrière 33 cm symétrique, des avant-bras 27 cm à gauche, 28,5 à droite. Circonférence des poignets 18,5 cm symétrique. Ecartement des doigts, avec une distance entre le pouce et le 5ème doigt de 18 cm à gauche, 21 cm à droite.

- 6 - Mobilité des poignets : extension-flexion à gauche 30/0/10, à droite 90/0/100, ab-adduction 20/0/20 à gauche, 40/0/10 à droite, supination 70° à gauche, 90° à droite, pronation 80° symétrique. Bonne extension des doigts, du pouce, le poing peut être presque complètement refermé à gauche, pas de trouble de la sensibilité. Cicatrice longitudinale antérieure, centrale à la partie distale de l'avant-bras, sensible à la palpation, non adhérente. Les nouvelles radiographies en 2 incidences des 2 poignets montrent un matériel d'ostéosynthèse palmaire gauche parfaitement stable, une fracture consolidée, une inclinaison radio- cubitale du radius distal de 20° à gauche, 27° à droite, une bascule palmaire du radius distal gauche de 20°, 12° à droite. Une nette dystrophie osseuse à la partie distale du radius et des os de la main gauche comparée à la main droite. La longueur du radius gauche est au niveau de l'articulation radio-cubitale distale augmentée de 2- 3 mm. Appréciation : actuellement, l'évolution est favorable, les douleurs tout à fait supportables ne prend du reste plus de médicament, mais utilise principalement sa main droite, évite toute charge du membre supérieur gauche, ce qui est surtout frappant c'est l'enraidissement du poignet gauche surtout en extension et en flexion. Si je ne vois pas l'intérêt actuellement de drainage lymphatique, par contre une dizaine de séances d'ergothérapie me semblerait justifiée. Si ce traitement était retenu, il n'y aurait pas de raison de poursuivre la physiothérapie. A mon avis Mme X. \_\_\_\_\_ va pouvoir d'ici février rechercher une activité adaptée et tout d'abord à 50 %, puis à partir de mi-mars à 100 %. Le dernier contrôle du Dr K. \_\_\_\_\_ remonte au 18 décembre [2012], le prochain contrôle est prévu avec éventuellement une ablation du matériel d'ostéosynthèse dont l'indication reste très relative en septembre 2013." Par décision du 4 février 2013, J. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée que de l'avis de son médecin-conseil, elle bénéficiait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'exercice d'une activité adaptée dès le 1er février 2013, puis de 100 % à partir du 15 mars 2013. J. \_\_\_\_\_ lui servirait ainsi ses indemnités journalières à un taux de 50 % du 15 février au 15 mars 2013, date de la fin du versement des prestations. Cette décision a fait l'objet d'une procédure séparée sur laquelle le Tribunal de céans a statué le 25 octobre 2016 (AA 77/13 - 107/2016 ; cf. point B. ci-dessous). Le 12 février 2013, le Dr L. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'il convenait de demander un rapport complémentaire au Dr K. \_\_\_\_\_.

- 7 - Le 28 février 2013, le Dr K. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI une copie de son rapport susmentionné du 18 décembre 2012 au Dr G. \_\_\_\_\_.

- 8 - Le 8 mars 2013, l'assurée a produit un certificat médical du 4 mars 2013 du Dr G. \_\_\_\_\_ adressé à son conseil. Le médecin traitant résumait en ces termes les diverses investigations menées : "Par la présente, je confirme être le médecin traitant de Madame X. \_\_\_\_\_ depuis le 7 mai 2012. Madame X. \_\_\_\_\_ travaille comme aide-soignante à l'EMS U. \_\_\_\_\_ à [...]. Elle a présenté une fracture du radius distal gauche le 17.3.2012 suite à une chute. Elle a été traitée par ostéosynthèse le 21.3.2012 à l'hôpital d' [...] par le Docteur K. \_\_\_\_\_, mais malheureusement les suites se compliquent d'une algoneurodystrophie de Südeck dont l'évolution n'est pas favorable, caractérisée par la persistance de douleurs et surtout d'œdème, empêchant une activité professionnelle.

Madame X.\_\_\_\_\_ bénéficie d'un traitement de physiothérapie et de miacalcic spray. Malheureusement, la mobilité est limitée en flexion palmaire, avec notamment une tuméfaction que l'on constate à chacune de mes consultations. J'ai suivi la patiente régulièrement dès le 7.5.2012, et je l'ai vue le 22.5.2012, le 27.7.2012, le 1.10.2012, le 26.10.2012, le 27.11.2012, le 21.12.2012, le 28.1.2013, le 8.2.2013, et finalement le 27.2.2013, date de la dernière consultation. La patiente a aussi été suivie respectivement par le Docteur C.\_\_\_\_\_, rhumatologue à [...], le Docteur K.\_\_\_\_\_, orthopédiste à [...] qui a opéré la patiente. Elle a aussi effectué un stage à l'ORIPH [actuel : Orif] à [...] dans le cadre d'une mesure d'intervention précoce (AI), mais qui a dû être interrompu en raison de la dégradation de l'état de la main gauche [de] Madame X.\_\_\_\_\_ le 21.1.2013 de façon précoce, qui, selon leurs conclusions ne permettant pas la reprise d'une activité professionnelle, conclusion à laquelle j'adhère totalement. En effet je ne crois pas que la patiente est actuellement en état de travailler en raison de cette main gauche douloureuse et tuméfiée. Par ailleurs, les conséquences de ces troubles fonctionnels de la main gauche entraînent des troubles du sommeil, et une baisse de l'état général global de cette patiente en raison de ses difficultés administratives et procédurières en plus de la maladie de Südeck ayant compliqué sa fracture." Le 23 avril 2013, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu l'atteinte principale à la santé de status post fracture distale du radius gauche (S00- T98) avec pour incidence une incapacité de travail à 100 % de l'assurée dès le 17 mars 2012. Il a estimé que sa capacité de travail était de 50 % dès le mois de février 2013 et de 100 % dès le 1er mars 2013.

- 9 - Par projet de décision du 29 avril 2013, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser ses prestations.

- 10 - Par courriers des 8 mai et 12 juillet 2013, l'assurée, représentée par Me Philippe Graf, respectivement Me Florence Bourqui, avocats auprès d'Inclusion Handicap, a contesté le projet de décision de l'OAI. En substance, elle a fait valoir que l'instruction n'était pas complète s'agissant en particulier de ses limitations fonctionnelles. Elle a ajouté qu'elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide-soignante, comme cela ressortait des rapports médicaux figurant au dossier, cette incapacité étant à l'origine du stage Orif effectué en janvier 2013. Le 15 juillet 2013, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-conseil du Service de l'emploi, a attesté une incapacité de travail temporaire totale d'une durée prévisible de neuf mois dès le 17 mars 2012 en toutes activités. Par avis médical du 23 juillet 2013, les Drs L.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ du SMR ont rappelé que les rapports de l'Orif n'avaient pas de valeur médicale dès lors qu'ils étaient basés sur des observations et non pas sur un examen médical. Ils ont toutefois estimé qu'il convenait que le Dr K.\_\_\_\_\_ convoque l'assurée pour un examen clinique et fonctionnel de son membre supérieur gauche. Par rapport du 6 septembre 2013, le Dr K.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'examen clinique du même jour révélait une récupération des amplitudes articulaires en pro-supination avec une limitation en flexion dorso-palmaire d'environ 20° par rapport au côté controlatéral. Une tuméfaction de la main était observée avec des dysesthésies éventuelles. Les radiographies attestant une fracture consolidée, le Dr K.\_\_\_\_\_ annonçait l'ablation du matériel d'ostéosynthèse le 16 octobre 2013. Le 7 novembre 2013, l'OAI a invité le Dr K.\_\_\_\_\_ à le renseigner sur les limitations fonctionnelles pérennes qui subsisteraient chez l'assurée ainsi que sur les motifs qui pourraient faire que dans une activité parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles, sa capacité de travail ne serait pas pleine et entière.

- 11 - Donnant suite à cette demande le 15 janvier 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit : “1. Madame X. \_\_\_\_\_ a été victime d’une fracture du radius distal qui a été traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse dont les suites ont été marquées par un Südeck qui a nécessité une longue rééducation. Nous avons procédé à l’ablation de la plaque le 16 octobre 2013. L’évolution a par chance été simple, sans complication par une maladie de Südeck. A la consultation de ce jour, l’examen du membre supérieur de la patiente révèle une bonne récupération des amplitudes articulaires du coude de la prosupination qui est symétrique. Par contre, il existe une limitation de la flexion du poignet qui [est] d’environ 45° pour 90° à droite, l’extension du poignet est limitée d’environ 10° par rapport au côté droit et l’inclinaison radio-cubitale est libre en inclinaison cubitale mais limitée en inclinaison radiale. La force semble en voie de récupération. Sur les radiographies réalisées ce jour après ablation du matériel, la position du radius distal est satisfaisante. Il n’existe pas de trouble dégénératif majeur post traumatique radio-cubital. 2. Avant son accident, la patiente travaillait comme aide médicale dans un EMS, ce qui nécessite de manipuler des patients avec force. Cette activité ne peut être réalisée de façon pleine et entière. Dans une activité de secrétariat, la patiente ayant une formation de secrétaire, on peut s’attendre à une capacité de travail plus importante mais encore une fois les limitations des amplitudes articulaires du poignet gauche vont limiter les capacités de frappe et d’utilisation d’un clavier d’ordinateur. A ce stade, il est difficile de pouvoir vous garantir que la patiente puisse reprendre une activité plein[e] et entière dans une quelconque profession mais une activité partielle me paraît tout à fait envisageable.” Le 28 janvier 2014, les Drs L. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du SMR ont estimé que, dans la mesure où l’avis du Dr K. \_\_\_\_\_ ne permettait pas de prendre position sur une exigibilité justifiée, il convenait de procéder à une évaluation médicale de la fonctionnalité du membre supérieur gauche de l’assurée. Le 31 janvier 2014, l’OAI a informé l’assurée qu’une expertise médicale orthopédique serait effectuée auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique de l’Hôpital [...] (ci-après : la clinique) à [...]. Dans le cadre de cette expertise, l’assurée a été examinée une première fois le 18 mars 2015 puis une seconde fois le 11 novembre 2015.

- 12 - Dans leur rapport du 8 février 2016, les Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin-chef à la clinique, I. \_\_\_\_\_, médecin assistant à la clinique puis à l’Hôpital cantonal [...], Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin-assistant à la clinique, et T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main, co-directrice de la clinique, ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de déficit de réhabilitation sur fracture consolidée intra-articulaire du radius distal gauche du 17 mars 2012 avec status post réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque palmaire (le 21 mars 2012), status post développement postopératoire d’un Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) type 1 (diagnostiqué le 22 mai 2012) et status post ablation du matériel d’ostéosynthèse (le 16 octobre 2013). Ils ont en outre fait l’appréciation suivante du cas : “5. Appréciation du cas et pronostic Madame X. \_\_\_\_\_ présente un déficit de réhabilitation après fracture intra-articulaire du radius distal gauche avec développement transitoire d’un CRPS. Lors des examens cliniques du 18.03.2015 et du 11.11.2015, effectués dans le cadre de cette expertise médicale, nous n’avons pas trouvé de signe clinique faisant suspecter la présence d’un CRPS. Sur la base de l’examen clinique et par ultrasons nous pouvons exclure la présence d’un syndrome de compression nerveuse, en particulier du nerf médian. Tout au plus on peut trouver une irritation du rameau palmaire du nerf médian au niveau des 2 cm distaux de la cicatrice

opératoire, fait soutenu par la présence d'un signe de Tinel. Ceci n'explique toutefois pas les douleurs, la faiblesse et les crampes présentes chez la requérante. Sur la base de l'anamnèse et de la documentation à notre disposition, Madame X. \_\_\_\_\_ a souffert d'un CRPS durant la période située entre l'ostéosynthèse et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse ; CRPS qui a été traité de façon insuffisante avec des « bains écossais » et de la physiothérapie laquelle a été arrêtée de façon prématurée. Il existe deux types de « complex regional pain syndrome ». Dans le cas d'un CRPS de type 2 il y a par définition une lésion nerveuse périphérique, dans le type 1 il n'y en a pas (Troeger 2010). Dans le cas de Madame X. \_\_\_\_\_ il s'agit d'un CRPS de type 1. L'intensité de la symptomatologie est démesurée par rapport à la lésion traumatique incidente et comprend le développement d'un œdème, des modifications circulatoires locales et de la sudo-motricité dans la région douloureuse ainsi qu'une allodynie et/ou une hyperalgésie (Merskey 1994). En détail, il faut être en présence des éléments suivants pour pouvoir poser le diagnostic de CRPS de type 1 :

- 13 - 1. événement traumatique (sans lésion primaire directe de nerf périphérique) 2. douleurs spontanées, allodynie, hyperalgésie, laquelle ne se limite pas à la zone lésée par le traumatisme et qui est d'intensité démesurée par rapport au traumatisme initial 3. œdème, troubles circulatoires locaux, troubles sudo-moteurs locaux 4. Exclusion d'autres causes

Sur la base de l'anamnèse et de l'étude des documents à notre disposition nous retrouvons ces symptômes chez la requérante dès environ 3 semaines post traumatique, symptômes qui s'estompent ensuite entre le 12ème et le 18ème mois post traumatique. Le diagnostic de CRPS se base principalement sur les signes cliniques et les symptômes typiques décrits ci-dessus. Radiologiquement, des zones de déminéralisation mouchetées périarticulaires et à prédominance distale peuvent être objectivées mais ne le doivent pas. Chez Madame X. \_\_\_\_\_, de telles zones de déminéralisation osseuse typiques sont déjà devinables dans les radiographies du 14.08.2012 [sic] et ensuite clairement visibles dans les clichés du 22.05.2012 [sic]. Dans les radiographies du 06.09.2013 ces zones de déminéralisation mouchetées deviennent légèrement moins prononcées. D'une façon générale il n'est pas possible de donner de pronostic clair sur l'évolution d'un CRPS, car celle-ci est variable et non prévisible. Un CRPS peut durer plusieurs mois et même plusieurs années. A la fin il peut y avoir une restauration ad integrum mais dans certains cas il peut aussi y avoir persistance de sévères séquelles trophiques, comme des contractures périarticulaires provoquant des troubles fonctionnels irréversibles (Merskey 1994). Chez la requérante nous n'avons pas objectivé de telles séquelles trophiques lors de nos examens cliniques. Nous avons constaté une mobilité réduite persistante au niveau du poignet gauche en flexion - extension (gauche 60-0-55°, droite 70-0- 70°) et en déviation ulnaire - radiale (gauche 25-0-10°, droite 35-0- 15°) en comparaison au côté controlatéral ainsi qu'une diminution significative de la force de préhension (9-10-13 kp) et de la force de pince pouce - index (2-3-2,5 kp) que nous interprétons comme un déficit de réhabilitation en l'absence de troubles trophiques et au vu d'un arrêt prématuré du traitement physiothérapeutique.”

S'agissant de la capacité de travail, les experts ont relevé ce qui suit : “6. Capacité de travail L'assurée présente une capacité de travail limitée dans son travail habituel d'aide-soignante. La capacité de travail pourra probablement évoluer jusqu'à une capacité de travail pleine dans le futur, toutefois il n'est pas possible de prévoir la rapidité de cette progression. Actuellement la requérante peut effectuer des tâches nécessitant peu de force (charge maximale répétitive de la main gauche de 3 kg respectivement charge rare de 13 kg). Le port d'une attelle de poignet pourrait également avoir une influence positive. Questions de l'assurance-invalidité

- 14 - B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique, psychique et mental, et au plan social Madame X. \_\_\_\_\_ ne peut utiliser sa main gauche (droitière) que de façon limitée dans ses activités quotidiennes. Ceci découle d'une part d'un manque de force évident et d'autre part des douleurs qui se développent quand elle charge sa main gauche. Au vu de ce qui précède elle ne peut exercer actuellement son activité professionnelle habituelle, en tant qu'aide-soignante, que de façon limitée. Nous considérons que Madame X. \_\_\_\_\_ est capable d'effectuer des travaux légers tels que des activités administratives, la distribution de médicaments ou de nourriture. Des travaux physiques (charge régulière de la main gauche de plus de 3 kg, respectivement charge rare de plus de 13 kg) comme assister les patients à exécuter leurs soins corporels ou surtout les assister à effectuer des transferts ne sont réalisables actuellement qu'avec des douleurs (affirmation se basant sur les symptômes relatés et sur nos constatations cliniques). Le cas échéant le port d'une attelle de poignet pourrait soulager les douleurs. Il n'y a pas de limitations mentales. Socialement, Madame X. \_\_\_\_\_ est plus isolée du fait de ne plus être en contact avec ses collègues de travail et avec les résidents du home où elle travaillait. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? A cause de la perte de force et des douleurs lors de la charge de la main gauche, la requérante ne peut exercer actuellement le travail d'aide-soignante dans un home que de façon limitée. Dans cette activité elle doit régulièrement aider les résidents du home lors de la mobilisation, ce qui nécessite beaucoup de force. Cette tâche nécessite l'utilisation des deux mains et ne peut pas être exécutée avec une seule main. Des travaux légers, tels que des tâches administratives, la distribution de médicaments ou de nourriture peuvent être exécutés. Une attelle de poignet peut être utilisée à but de soutien. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail La requérante présente une limitation de la mobilité de son poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation radiale- ulnaire (25-0-10°) en comparaison au côté controlatéral. La force de préhension (9-10-13 kp) et la force de pince pouce-index (2-3-2,5 kp) sont nettement limitées du côté gauche. Le port de charges de plus de 3 kg avec la main gauche est possible (force de préhension de 9-10-13 kp) mais provoque des douleurs. Les mouvements de « vissage » ne peuvent pas être exécutés (voir rapport d'ergothérapie). Il n'y a pas d'autres limitations. 2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? L'activité exercée jusqu'ici est exigible sans limitation de temps. Toutefois il faut tenir compte des limitations mentionnées plus haut.

- 15 - 2.4 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure ? Oui. La main gauche ne peut actuellement pas être régulièrement chargée de plus de 3 kg, respectivement rarement de plus de 13 kg. 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? L'incapacité de travail à 100 % naît le 17.03.2012, date de l'accident. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? L'incapacité de travail n'a pas été jugée de façon identique par les médecins consultés. 1. Dr. K. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique traitant, atteste une incapacité de travail à 100 % jusqu'au 14.08.2012. Comme écrit dans son rapport daté du 14.08.2012, il laisse ensuite le Dr. G. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la requérante, se prononcer sur la suite de l'évolution de la capacité de travail. Sur demande de l'AI, il se prononce à nouveau sur la capacité de travail de la requérante dans son rapport du 14 [recte : 15].01.2014 où il écrit que l'activité d'aide-soignante dans un EMS ne peut être réalisée de façon pleine et entière et qu'on peut s'attendre à une capacité de travail plus importante dans une activité de secrétariat. Il

n'apparaît pas de pourcentage de la capacité de travail dans ce rapport. 2. Dr. G. \_\_\_\_\_, interniste et médecin traitant de la requérante, juge l'incapacité de travail à 100 % dans son certificat du 04.02 [recte : 03].2013. Pas de rapport plus récent traitant de la capacité de travail. 3. Dr. Z. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique et médecin-conseil de la J. \_\_\_\_\_ (assurance-accident de la requérante), juge l'incapacité de travail de la requérante à 100 % depuis la date de l'accident (17.03.2012) jusqu'à la « fin janvier 2013 », à 50 % de « février 2013 jusqu'à mi-mars 2013 » et ensuite à 0 % (en se basant sur l'examen du 09.01.2013). 4. Dr. W. \_\_\_\_\_, interniste et médecin-conseil du Service public de l'emploi du Canton de Vaud juge l'incapacité de travail de la requérante à 100 % dans son travail habituel en tant qu'aide-soignante et dans les autres activités, le 15.07.2013. C. Influences sur la réadaptation professionnelle 1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ? L'instauration d'un traitement ergothérapeutique régulier sur plusieurs mois avec réalisation d'exercices de force ciblés est possible et conseillé. Ceci pourrait avec une haute probabilité améliorer la force de préhension et la force de pince pouce-index de la main gauche de la requérante. Actuellement un tel traitement n'est pas en cours.

- 16 - 2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent? Le poste de travail occupé jusqu'ici peut être adapté à l'aide d'une capacité de travail partielle permettant d'éviter les travaux physiques (port régulier de charges de 3 kg, respectivement rarement de 13 kg maximum avec la main gauche) avec par la suite élargissement des tâches en fonction de l'évolution. A noter que la requérante a été licenciée le 05.01.2013. 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée? 3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Oui. L'assurée peut exécuter des tâches exposant régulièrement respectivement rarement sa main gauche à une charge maximale de 3 kg, respectivement de 13 kg. La diminution de mobilité persistante du poignet gauche en flexion-extension (60-0-55°) et en déviation ulnaire-radiale (25-0-10°) ne provoque pas de limitation en ce qui concerne le profil d'un travail adapté. La performance effective de travail a été jugée par nos ergothérapeutes. Toutes les tâches du simulateur de travail « BTE » ont pu être réalisées dans le cadre de l'évaluation ergothérapeutique, hormis les mouvements de vissage. Les activités professionnelles respectant les limitations mentionnées ci-dessus peuvent être réalisées par la requérante. Ainsi, des travaux administratifs sont exécutables. Les travaux ne nécessitant pas d'efforts manuels comme par exemple des activités de contrôle ou un travail dans un centre d'appels téléphoniques peuvent également être exécutés par la requérante. 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée? Une activité adaptée peut être exercée à 100 % (8 heures par jour). 3.3 Y'a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure ? Dans une activité adaptée il n'y a pas de diminution du rendement. 3.4 Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible? Une activité adaptée est exigible de suite. 3.5 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Sans objet. D. Remarques Aucune." Par avis médical du 18 avril 2016, le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a relevé ce qui suit :

- 17 - "Conclusion : > En termes de précision diagnostique et fonctionnelle, l'expertise du Service de chirurgie plastique et de chirurgie de la main de l'Hôpital [...] de [...] du 27.01.2016 répond à notre attente. > En ce qui concerne la CT exigible, le rapport est plus flou ; néanmoins les experts apportent des arguments probants quant à la CT exigible et ils rejoignent ainsi les conclusions du médecin-conseil chirurgien-orthopédiste de l'APG le

07.01.2013 (IP-Note de suivi 09.04.2013). > Par conséquent, il n'y a pas lieu de modifier les conclusions du Rapport d'examen SMR du 23.04.2013." Par décision du 28 juillet 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. B. Par acte du 30 août 2016, X. \_\_\_\_\_, représentée par Me Florence Bourqui, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi de mesures de réadaptation, « plus particulièrement des mesures de reclassement au sens de l'article 17 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] », ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière à compter du 17 mars 2013, « à tout le moins jusqu'au terme des mesures de réadaptation précitées ». En substance, elle fait valoir qu'elle ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide-soignante, comme en conviennent tous les médecins interrogés, à l'exception de ceux du SMR et ceux de la clinique. Elle argue qu'en outre, toutes les activités manuelles lui sont prosrites puisqu'elles exigent une force qu'elle n'a plus, si bien que seules restent envisageables des activités de bureau, auxquelles elle n'a pas accès faute de connaissances et d'expérience, se référant au rapport de l'Orif de juillet 2013. Elle estime dès lors que les conditions d'un reclassement au sens de l'art. 17 LAI sont réunies, dans la mesure où, faute d'un tel reclassement, ses chances de réintégrer le marché de l'emploi sont quasi nulles. La recourante ajoute que la possibilité de suivre des mesures de réadaptation s'est ouverte au plus tôt au mois de janvier 2014, le Dr K. \_\_\_\_\_ ayant estimé le 15 janvier 2014 que des activités administratives étaient désormais possibles. Elle considère donc qu'une rente entière aurait dû lui être versée dès la fin du délai d'attente, le 17

- 18 - mars 2013, et jusqu'à ce que les mesures nécessaires à son retour sur le marché ordinaire de l'emploi aient été prises.

- 19 - Le 1er novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours. Le 22 novembre 2016, la recourante a produit l'arrêt rendu dans la cause AA 77/13 - 107/2016 le 25 octobre 2016, en s'y référant. Elle a en particulier relevé, que selon ledit arrêt, son activité habituelle d'aide-soignante n'était plus adaptée et qu'elle s'était retrouvée dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité, même adaptée, jusqu'à la fin de l'année 2013. Le 6 décembre 2016, l'OAI a maintenu sa position, en rappelant que les organes de l'assurance-accidents et ceux de l'assurance-invalidité procédaient chacun à l'évaluation de l'invalidité, l'appréciation de l'assurance-accidents n'ayant pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité et vice-versa. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI), sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

- 20 - contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

- 21 - 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Selon l'échelonnement des rentes prévu à l'art. 28

- 22 - al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

- 23 - L'assuré peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b). 4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 et 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées). b) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement

valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points

- 24 - 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 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). 5. En l'occurrence, la recourante fait valoir qu'elle ne peut plus exercer son activité habituelle d'aide-soignante. Force est de constater que cette activité n'est effectivement plus adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, compte tenu de ses limitations fonctionnelles actuelles, établies par les experts de la clinique, à savoir qu'elle doit se limiter à effectuer des tâches nécessitant peu de force (charge maximale répétitive de la main gauche de 3 kg respectivement charge rare de 13 kg) et qu'elle ne peut utiliser sa main gauche (droitière) que de façon limitée dans ses activités quotidiennes, l'activité habituelle d'aide-soignante n'est pas adaptée. Il est constant que si les travaux légers tels que des activités administratives et la distribution de médicaments et de nourriture constituent une partie de l'activité d'aide-soignante, cette activité exige de pouvoir également assister les patients dans leurs soins corporels ainsi que dans les transports. Or la recourante n'est en l'état pas en mesure d'effectuer de telles tâches compte tenu de ses douleurs (les experts ayant précisé à cet égard avoir fondé cette affirmation tant sur les symptômes constatés que sur leurs constatations cliniques). Les limitations fonctionnelles ont été posées par les experts de la clinique sur la base d'un examen complet du dossier de l'assurée, ainsi que de deux examens de cette dernière. Leurs conclusions sont claires et détaillées et doivent se voir reconnaître pleine valeur probante. Ces médecins ont estimé que la recourante était en mesure d'exercer des tâches exposant régulièrement, respectivement rarement, sa main gauche à une charge

- 25 - maximale de 3 kg, respectivement de 13 kg. La diminution de mobilité persistante du poignet gauche en flexion-extension et en déviation ulnaire-radiale ne provoquait quant à elle pas de limitation dans un travail adapté. Les experts ont ainsi retenu que les activités professionnelles respectant les limitations fonctionnelles de l'assurée peuvent être réalisées par elle. Par conséquent, des travaux administratifs sont exigibles, au même titre que des travaux ne nécessitant pas d'efforts manuels, comme par exemple des activités de contrôle ou un travail dans un centre d'appel téléphonique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail de la recourante est donc de 100 %, sans baisse de rendement.

- 26 - On relèvera encore que le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de J. \_\_\_\_\_, est le seul médecin à avoir estimé, lorsqu'il a examiné l'assurée au début de l'année 2013, qu'elle était en mesure de reprendre une activité à plein temps. Son opinion est en particulier contredite par les Drs K. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a ainsi indiqué dans son rapport du 18 décembre 2012 que si le suivi d'une physiothérapie dirigée avait certes permis une récupération progressive de la fonction du poignet et de la main gauches, il persistait une allodynie de la cicatrice. Pour le Dr K. \_\_\_\_\_, la reprise de la profession habituelle

d'aide-soignante était alors impossible. Le stage mis en œuvre par l'OAI auprès de l'Orif en janvier 2013 a d'ailleurs dû être interrompu en raison des douleurs au membre supérieur gauche. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a pour sa part déclaré le 4 mars 2013 adhérer pleinement aux conclusions des intervenants de l'Orif, selon lesquelles la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable en l'état. Il résulte par ailleurs de l'expertise de la clinique que la recourante a souffert d'une neuroalgodystrophie (CRPS) durant la période située entre l'ostéosynthèse (pratiquée le 21 mars 2012) et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (le 16 octobre 2013). Ce CRPS a de surcroît été traité de façon insuffisante de l'avis des experts. Il convient dès lors de retenir qu'en raison des suites de son accident du 17 mars 2012, puis du CRPS dont elle a souffert, et jusqu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du 16 octobre 2013, la recourante ne disposait pas d'une capacité de travail raisonnablement exigible. Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir au rapport, probant, des médecins de la clinique et de retenir que le CRPS a disparu à la suite de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse pratiquée le 16 octobre 2013. Cette dernière a encore eu pour conséquence une incapacité de travail de quatre semaines selon le Dr K.\_\_\_\_\_, soit jusqu'au 16 novembre 2013. Il résulte de ce qui précède que dès l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI), le 1er mars 2013, et jusqu'au 16 novembre 2013, la recourante a présenté une incapacité de totale dans toute activité. A compter du 17 novembre 2013, la recourante a présenté

- 27 - une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a dès lors droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er mars 2013 au 28 février 2014 (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 6. Il convient encore de procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, afin de déterminer si la recourante présente une invalidité de 20 % au moins susceptible de lui ouvrir le droit aux mesures de reclassement qu'elle sollicite pour la période à compter de laquelle elle a recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée. a) Selon l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C\_760/2015 du 21 juin 2016 consid. 3.2 et 9C\_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; TF 9C\_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (TF 9C\_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4). b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé

- 28 - (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1 et 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par

l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_363/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3.1).

- 29 - Dans le cas particulier, l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité est l'année 2013, à l'issue du délai de carence d'un an débuté en mars 2012. L'employeur de la recourante a indiqué, dans le rapport complété à cet effet le 3 août 2012, que l'assurée aurait réalisé un revenu de 54'600 fr. (4'200 fr. x 13) dans son activité d'aide-infirmière effectuée à plein temps. Il convient d'adapter ce montant afin de tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7 %, Office fédéral de la statistique [ci-après : OFS], Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux). Il en résulte un montant concret de 54'982 fr. qui peut être retenu au titre de revenu sans invalidité déterminant pour le calcul. c) Le revenu d'invalidité doit être également évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'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'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes ([DPT] ; ATF 135 V 297 consid. 5.2, 129 V 472 consid. 4.2.1 et 126 V 76 consid. 3a/bb ; TF 9C\_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2 et 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet

- 30 - notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa- cc ; TF 9C\_297/2011 du 31 janvier 2012 consid. 4.1.2 et 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidité qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C\_887/2008 du 24 juin 2009 consid. 5.4). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail

résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; TF 9C\_437/2015 du 30 novembre 2015 consid. 2.2 et 8C\_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le salaire de référence ressortant de l'ESS est in casu celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et

- 31 - répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2012, soit 4'112 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (ESS 2012, TA1, niveau de qualification 1, sans formation requise). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on peut retenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 et 2013 (41,7 heures ; OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'287 fr. (4'112 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 51'441 fr., qu'il convient d'adapter pour tenir compte de l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+ 0,7 %, OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux). Il en résulte ainsi un revenu avec invalidité de 51'801 francs. En retenant sur ce revenu un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, ce qui conduit à un revenu avec invalidité de 46'620 fr. qui, comparé au revenu sans invalidité de 54'982 fr., correspond à un taux d'invalidité de 15,2 %. Un tel taux, inférieur à 20 %, ne permet toutefois pas l'ouverture du droit à des mesures de reclassement (cf. consid. 3 in fine ci-dessus). 7. a) Le recours sera dès lors admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er mars 2013 au 28 février 2014. Elle est confirmée pour le surplus. b) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). c) Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé

- 32 - sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA), il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 28 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1er mars 2013 au 28 février 2014. Elle est confirmée pour le surplus. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de 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 X.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente :  
La greffière : Du

- 33 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Florence Bourqui (pour X.\_\_\_\_\_), - 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 :

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