

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 septembre 2012

---

Présidence de     Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :     Mme Röthenbacher et Mme Dessaux  
Greffière     :     Mme     Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1968, originaire d'Y. \_\_\_\_\_, est arrivée en Suisse en 1994. Elle est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce accomplie en Y. \_\_\_\_\_ (équivalence CFC reconnue). Elle a été engagée comme caissière à temps partiel depuis le 13 mars 2000 auprès de Q. \_\_\_\_\_, succursale de [...], et assumait déjà, auparavant, une même activité auprès de H. \_\_\_\_\_. Elle a tout d'abord travaillé à 50 %, puis dès 2002 a réduit son activité à raison de un jour par semaine, le samedi uniquement, sa fille R. \_\_\_\_\_, née le [...] 1997, souffrant d'une malformation cardiaque, ayant été opérée d'une communication inter-auriculaire en 2000. Pour compenser sa perte de gain, elle a repris avec son mari la conciergerie de son immeuble et celui voisin, son activité se limitant à la permanence téléphonique et au nettoyage des quatre rampes d'escaliers menant aux 40 appartements, soit environ six heures d'activité par semaine et ce pour le compte de la Régie P. \_\_\_\_\_ SA à [...].

Le 27 mai 2003, elle a été victime d'une fracture multifragmentaire disloquée de l'extrémité distale du radius droit et de l'apophyse styloïde cubitale suite à une chute de sa hauteur. Cette fracture a nécessité une ostéosynthèse par plaques et vis pratiquée par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie à l'Hôpital [...] (protocole opératoire du 28 mai 2003). Par certificat médical du 17 juin 2003, ce médecin a attesté une incapacité totale de travail dès le 27 mai 2003 pour une durée de trois mois. En raison de la persistance d'une sensation de brûlure au poignet et d'une importante limitation de la mobilité, l'assurée a sollicité un deuxième avis et a consulté le 2 septembre 2003 le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main à la Permanence de V. \_\_\_\_\_.

Le 6 septembre 2003, l'assurée a fait une chute dans les escaliers sur le même poignet avec refracture du radius distal et fracture ouverte du cubitus distal nécessitant une reprise d'ostéosynthèse

pratiquée par la Dresse D.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à la Permanence de V.\_\_\_\_\_ (protocole opératoire du 7 septembre 2006). Suite à cette chute, une atteinte du nerf cubital au poignet droit a été constatée nécessitant une neurolyse du nerf cubital et une suture secondaire partielle réalisée par le Dr E.\_\_\_\_\_ (protocole opératoire du 15 octobre 2003). Le cas de l'assurée a initialement été pris en charge par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (CNA) laquelle s'est déclarée incompétente au profit de B.\_\_\_\_\_ Assurances (actuellement U.\_\_\_\_\_ Assurances SA).

Dans un rapport médical initial du 8 décembre 2003 à B.\_\_\_\_\_ Assurances, le Dr T.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 27 mai 2003 pour une durée indéterminée.

Le 9 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente en précisant concernant le genre de l'atteinte "poignet droit ; nerf cubital lésé" en raison d'un accident. Le 31 mars 2004 (formulaire 531 bis), elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'elle travaillerait à environ 50 %, soit 20 % à la Q.\_\_\_\_\_ et 30 % environ en qualité de concierge si elle était en bonne santé et ce, par intérêt professionnel et par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 24 mars 2004, le Dr E.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post-suture secondaire du nerf ulnaire au poignet droit pour section partielle (15.10.2003), de status post-réduction fermée pour refracture du radius distal et fracture ouverte Gustilo I du cubitus distal (07.09.2003) et de status post-ostéosynthèse par mini-plaque vissée antérieure pour fracture distale du radius motivant une incapacité de travail totale depuis le 7 septembre 2003. Depuis son accident du 6 septembre 2003, sa patiente avait besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. S'agissant de la thérapie et du pronostic, le Dr E.\_\_\_\_\_ s'est prononcé comme suit :

"On prévoit une AMO (mini-plaque palmaire du radius droit) et une arthroplastie radio-cubitale distale selon Sauvé-Kapandji. L'évolution clinique et électromyographique nous laisse penser qu'il faut encore attendre afin d'évaluer le succès de la suture secondaire du nerf ulnaire au poignet droit. Un traitement par ergothérapie intensive a permis de conserver des articulations MP des deux derniers rayons de la main droite souples, évitant une attitude en griffe. La récupération partielle interosseux permet dès lors de contrecarrer cette potentielle griffe activement. Si toutefois les interosseux ne récupèrent pas plus qu'actuellement, une plastie tendineuse selon Zancolli permettant une flexion satisfaisante des MP des deux derniers rayons sera envisagée".

Dans un rapport médical du 21 juin 2004 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est limité à relever la complexité de la fracture multifragmentaire ostéosynthésée le 28 mai 2003. Les suites ont été difficiles avec de très importantes douleurs et un manque de mobilité. Il a ajouté que sa patiente avait finalement été prise en charge à la Permanence de V.\_\_\_\_\_ en raison de cette évolution défavorable.

Dans un rapport médical du 26 janvier 2005, le Dr E.\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée avait également dû subir une arthroplastie de l'articulation radio-cubitale distale selon Sauvé-Kapandji le 26 mai 2004, ainsi que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il a confirmé une incapacité totale de travail dès le 7 septembre 2003, laquelle était toujours en cours, tout en précisant que la situation était stationnaire. La patiente se plaignait d'une grande maladresse de sa main droite et d'une importante limitation du poignet en particulier dans les mouvements de rotation ainsi que de douleurs au poignet. Le Dr E.\_\_\_\_\_ a précisé que la mobilité du poignet était de 45-0-30, une radiographie montrant par ailleurs que l'arthrodèse radio-cubitale inférieure n'avait pas consolidé et qu'il existait un important déficit de supination. Il a alors préconisé une révision de l'opération de Sauvé-Kapandji.

Par courrier du 28 janvier 2005, Q.\_\_\_\_\_ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 mars 2005.

L'OAI a soumis le cas de l'assurée à son Service médical régional (SMR). Par avis médical du 28 février 2005, la Dresse F.\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué ce qui suit :

"Il s'agit d'une assurée qui travaille comme concierge et comme caissière à la Q. \_\_\_\_\_. Le 27.05.2003, l'assurée a chuté et s'est fracturé le radius distal D, traité par ostéosynthèse. Nouvelle chute le 06.09.2003 avec re-fracture du radius distal et fracture ouverte du cubitus distal avec atteinte du nerf cubital au poignet D nécessitant une suture secondaire du nerf ulnaire et une réduction fermée de la fracture. L'évolution de la fracture n'est pas bonne et nécessite une arthroplastie radio-cubitale distale selon Sauvé-Kapandji. Du point de vue neurologique, la récupération est très lentement favorable.

Actuellement, il persiste des douleurs et une importante limitation fonctionnelle du poignet, principalement en rotation, ne permettant pas à l'assurée de reprendre son travail de concierge ou de caissière. Une nouvelle opération est prévue le 09.03.2005.

Quelle que soit l'opération prévue, les limitations fonctionnelles resteront les mêmes, soit : pas de mouvement répétitif ou contre résistance avec le poignet D, pas de port de charge de plus de 3 kg, pas de travail nécessitant une position en hyperextension ou en hyperflexion de ce poignet.

Après l'incapacité postopératoire de l'intervention prévue en mars, la capacité dans une activité adaptée ne devrait pas être limitée et devrait être complète.

Concernant la durée de l'incapacité de travail dans toute activité qui va succéder à l'opération de mars, je vous propose de re-questionner le Prof. E. \_\_\_\_\_ fin mai 2005 avec les questions suivantes :

- Quelle est l'évolution actuelle ?
- Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles ?
- Quelle est la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ? Depuis quand ?
- Si elle n'est pas complète, pour quelles raisons ?"

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 10 mai 2005 (rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 mai 2005), l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % ménagère et 50 % active, correspondant au taux cumulé des deux emplois que l'assurée avait au moment de l'accident et au taux indiqué sur le formulaire 531 bis. L'enquêtrice a en outre mentionné ce qui suit :

"(...)

Incapacité de travail : visiblement nulle comme caissière ou concierge. L'opération qui aurait pu améliorer la situation n'a pas eu lieu. L'assurée est très motivée pour un reclassement et une aide de

nos services de réadaptation, envisagerait de faire plus que le 50 % d'avant si on trouve une solution intéressante.

Début d'incapacité : dans les rapports du Prof. E. \_\_\_\_\_ figurent successivement les dates du 4.4.03 et 4.5.03 comme date de la première opération par le Dr T. \_\_\_\_\_, alors qu'il dit dans le texte que la première fracture remonte au 27.03.03. Il doit s'agir d'une erreur, le Dr T. \_\_\_\_\_ ne parle que du 27 mai, l'assurée aussi.

Au ménage, elle a eu beaucoup plus d'aide que maintenant après chaque opération et pendant la période entre les opérations de l'automne 2003 et celle du printemps 2004. Elle fait une quantité de travail assez étonnante par rapport à l'état de son poignet et sa main, semble avoir beaucoup de volonté et grande envie de se débrouiller au maximum.

La demande de prise en charge psychiatrique n'est pas liée à une réelle dépression mais à la déception du report de l'opération dans laquelle elle avait mis beaucoup d'espoir, devait être opérée par le professeur lui-même (les autres opérations ont été faites par ses assistants). Elle se pose actuellement la question si elle peut refuser une 5<sup>e</sup> opération si les espoirs de réelle amélioration sont très minces et qu'elle ne gagnerait qu'un petit peu de mobilité dans le poignet et que les doigts resteraient dans l'état actuel, s'inquiète de savoir si cela la mettrait dans son tort par rapport à la prise en charge par les assurances - a déjà assez de soucis avec les divers assureurs qui ne se mettent pas d'accord sur qui doit payer jusqu'à présent.

Il s'agit d'une personne qui m'a semblé très volontaire, qui effectue un volume étonnant de travail chez elle et qui paraît très motivée par une aide au reclassement par notre service REA, semble capable de faire "mieux" que concierge ou caissière, activités qu'elle a choisies parce que c'était compatible avec son enfant malade".

L'invalidité dans l'activité ménagère a finalement été évaluée à 32.3 %.

Par courrier du 25 août 2005 à l'OAI, le Dr E. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il n'avait finalement pas procédé à la révision de l'opération de Sauvé-Kapandji, avec soit la résection de la tête distale du cubitus, soit une ré-arthrodèse ou encore la mise en place d'une prothèse du cubitus de Herbert en raison d'une probable dérotation du radius, élément constaté le jour de l'intervention, soit le 9 mars 2005. Au vu du résultat aléatoire d'une ostéotomie de dérotation du radius, cette intervention n'a pas été proposée. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a toutefois précisé que même en cas de succès, cette opération ne changerait rien à la capacité de travail de sa patiente. Il subsistait en effet un important manque de force, ainsi qu'une maladresse, même si la déformation en griffe avait notablement régressé.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr E. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit :

"Madame M. \_\_\_\_\_ a eu beaucoup de peine à accepter son déficit fonctionnel réel ce qui subjectivement l'aggrave. Même si une certaine capacité de travail subsiste, il sera très difficile de trouver une activité adaptée. On peut considérer que la récupération fonctionnelle sans autre intervention n'ira pas au-delà de ce qu'elle est actuellement et qu'une activité réellement adaptée ne pourra être exercée qu'au mieux à 50 %".

Par avis médical du 7 novembre 2005, la Dresse S. \_\_\_\_\_ du SMR a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, raison pour laquelle l'assurée a été informée que son dossier était transmis au Service de réadaptation pour l'examen de mesures (courrier du 20 janvier 2006 de l'OAI). Dans un rapport initial du 5 juillet 2006, la conseillère en réadaptation a préconisé un stage d'orientation dans le domaine administratif, afin d'évaluer les compétences et les aptitudes de l'assurée en vue d'une mise à niveau, et de valider l'adéquation de ce domaine d'activité avec les limitations fonctionnelles dues au handicap.

Dans un rapport d'examen SMR du 11 janvier 2006, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a estimé que le début de l'incapacité totale de travail devait être fixée au 27 mai 2003. Par la suite, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit excluant les mouvements répétitifs ou la contre-résistance avec le poignet droit, les charges de plus de 3 kg, les mouvements de pro-supination, ainsi que les mouvements fins exigeant une certaine cadence. Par courriel du 24 janvier 2006, la Dresse J. \_\_\_\_\_ a fixé la date du début de la réadaptation au 26 janvier 2005, date correspondant au premier rapport médical mentionnant une situation stationnaire.

Après une visite le 28 août 2006 au Centre de formation professionnelle (Centre O. \_\_\_\_\_) à [...], un stage de trois mois a été proposé à l'assurée lequel pouvait être prolongé en vue d'une observation et une remise à niveau dans le domaine de la comptabilité et du

secrétariat (rapport de visite du 14 septembre 2006). Par courrier du 30 novembre 2006 à l'OAI, le Centre O.\_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants concernant le stage que l'assurée avait débuté le 13 novembre 2006 :

"(...)

Mme M.\_\_\_\_\_ est arrivée dès le premier jour en larmes. Elle se disait stressée à l'idée de pouvoir tenir notre horaire de travail et a cherché à discuter du taux de présence. Le vendredi 17 novembre elle a téléphoné pour signaler son absence car elle avait, selon ses propos, un gonflement et des douleurs à la main droite.

Sur le plan de la pratique Mme M.\_\_\_\_\_ a effectué le travail demandé avec sa main gauche. De ce fait, le temps de réalisation est plusieurs fois supérieur à ce qui est attendu. La période, très courte, durant laquelle nous avons vu Mme M.\_\_\_\_\_ ne nous permet pas aujourd'hui de donner une appréciation sur ses capacités d'apprentissage.

Mme M.\_\_\_\_\_ nous a remis, mercredi 15 novembre 2006, un certificat médical justifiant d'une incapacité de travail d'un mois. (...)

Lors de son départ, mercredi 15 novembre 2006, Mme M.\_\_\_\_\_ nous a expliqué son inquiétude face à son avenir professionnel et nous a dit considérer cette fin de stage comme un échec, car selon ses mots "j'y avais mis de l'espoir". Nous l'avons perçue confuse dans ses discours, entre une volonté de se former et une impossibilité à agir. Nous relevons que durant ses temps de présence, Mme M.\_\_\_\_\_ nous a démontré une importante émotivité qui se manifestait par des pleurs".

Dans le cadre d'un entretien avec sa conseillère en réadaptation (procès-verbal d'entretien du 16 janvier 2007), l'assurée a indiqué qu'une activité dans le domaine administratif n'était pas envisageable, car elle ne pouvait effectuer des mouvements répétitifs. Elle estimait en outre ne pas être en mesure de travailler à 50 % mais à 20 %. Le Service de réadaptation a alors proposé de mettre en place une nouvelle mesure en l'encourageant à la suivre jusqu'au bout et à ne pas se mettre en arrêt de travail afin que l'évaluation puisse être faite.

Par courrier du 30 janvier 2007 à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_ a, à la demande de l'assurée, complété son courrier du 25 janvier 2005, en indiquant que depuis la date précitée, sa patiente avait subi le 29 mars 2006 l'ablation de la vis d'arthrodèse radio-cubitale inférieure ainsi qu'une opération de Darrach droit (laquelle n'avait apporté aucune amélioration

significative) et le 5 juillet 2006 une infiltration de la région radio-cubitale inférieure. Il a relevé que sa patiente présentait des séquelles d'une fracture et d'une refracture du poignet droit, ainsi que d'une lésion du nerf cubital à l'avant-bras. Ces séquelles se traduisaient d'une part, par une importante symptomatologie douloureuse et d'autre part, par une limitation fonctionnelle importante due au manque de mobilité et au manque de force faisant suite tant aux fractures qu'à la lésion du nerf cubital. Il a en outre jugé difficile de chiffrer l'invalidité de cette main, voire du membre supérieur, ainsi que de trouver pour l'assurée une activité manuelle adaptée qu'elle pourrait assumer même à un pourcentage partiel. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a enfin transmis un courrier du 25 septembre 2006 du Dr N. \_\_\_\_\_ s'agissant des suites possibles du traitement.

Le 21 février 2007, l'assurée a débuté un stage à 50 % au Centre A. \_\_\_\_\_. En raison de l'absence de l'intéressée dès le 22 mars 2007 pour une durée d'un mois attestée par le Dr E. \_\_\_\_\_, les mesures d'observation ont été interrompues au 22 avril 2007 (rapport d'évaluation du 28 mars 2007 du Centre A. \_\_\_\_\_). Les responsables du centre ont relevé les limitations fonctionnelles suivantes : impossibilité de faire des rotations ou de plier le poignet, pas de port de charges ou de mouvements répétitifs et insensibilité de toute la main. Dès qu'elle sollicitait trop cette main, cette dernière enflait et elle ne pouvait l'utiliser en raison des douleurs et du blocage occasionné. L'utilisation de la main gauche semblait également fastidieuse. L'assurée s'était en outre révélée plus à l'aise dans le cadre de travaux de type cognitif que d'actes pratiques. Elle pouvait faire des erreurs d'inattention, certainement dues à ses douleurs. Elle a démontré un potentiel d'apprentissage et son bagage scolaire était suffisant et réactivable. Par contre, il persistait une fatiguabilité physique et mentale. L'assurée expliquait en outre souffrir de maux de tête depuis qu'elle avait débuté le stage. Elle avait enfin besoin d'être rassurée et stimulée, mais elle peinait à solliciter son bras, même pour des activités exemptes d'effort physiques (tri de trombones).

Dans un rapport médical intermédiaire du 23 mars 2007 à l'OAI, le Dr E. \_\_\_\_\_ a constaté une amélioration de l'état de santé de sa patiente, tout en précisant qu'il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics. Le poignet était algique, de façon permanente, et présentait une diminution importante de la fonction avec une réduction importante de la mobilité de la force et des troubles de la sensibilité dans le territoire du nerf cubital. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a confirmé ses conclusions par courrier du 18 octobre 2007 à l'OAI.

Par avis médical du 17 décembre 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier les conclusions de l'avis médical du 11 janvier 2006 de la Dresse J. \_\_\_\_\_ du SMR.

**B.** Par projet de décision du 8 février 2008, l'OAI a octroyé un trois-quart de rente d'invalidité à M. \_\_\_\_\_ pour la période allant du 1<sup>er</sup> mai 2004 (soit à l'issue du délai d'attente d'un an) au 30 avril 2005 (soit après 3 mois d'amélioration). Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu d'un empêchement dans l'activité professionnelle de 100 %, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 32.3 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 66.15 %, ce qui donnait droit à un trois-quart de rente d'invalidité. Constatant une amélioration de l'état de santé de l'assurée, l'OAI a estimé qu'une capacité de travail à 50 % pouvait raisonnablement être exigée dès le 26 janvier 2005 dans une activité adaptée. Procédant à une comparaison des revenus, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 22'750 fr. et un revenu avec invalidité de 22'100 fr., l'OAI a retenu un préjudice économique de 650 fr. (2.85 %). Compte tenu d'un empêchement de 2.85 % dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 32.3 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 18 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

L'assurée ayant contesté le projet précité, le cas a été soumis à l'examen du SMR. Par avis médical du 16 juillet 2008, le Dr K. \_\_\_\_\_ a rappelé que sur le plan médical une capacité de travail résiduelle de 50 % avait été reconnue. Si la rente était supprimée, c'était en raison du calcul du préjudice économique et non à cause de l'absence de reconnaissance de l'atteinte à la santé sur le plan médical.

Par courrier du 22 juillet 2008, l'OAI a rejeté les arguments avancés par l'assurée. Par décision du 7 janvier 2009, dont la motivation figure dans un courrier séparé du 29 août 2008, lequel fait partie intégrante de la décision, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 février 2008.

Par décision du 13 février 2009, U. \_\_\_\_\_ Assurances SA a octroyé à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005 une rente basée sur un taux d'invalidité de 42 %, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % ascendant à 16'020 francs.

**C.** Par acte de son mandataire daté du 6 janvier 2009, mais posté le 6 février 2009, M. \_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision. Elle conclut à l'admission du recours et à la réforme de la décision du 7 janvier 2009 de l'OAI en ce sens qu'elle a droit à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> mai 2004. Elle fait valoir que toute activité manuelle n'est pas concrètement envisageable en se référant aux documents médicaux contenus dans le dossier. Ainsi, l'activité prétendument adaptée à son état de santé tel que décrite par l'intimé dans sa décision n'est pas réaliste. Elle ne saurait en effet être active à 50 % dans une activité aux tâches répétitives et qui sollicitent autant la main et le poignet droits que celle d'aide de bureau. Dans la mesure où elle a toujours assumé des activités de type manuel, elle ne saurait être jugée apte à un gain quelconque sur le marché du travail, sans bénéficier au préalable de mesures de reclassement. Elle soutient en outre que si elle était en bonne santé, elle travaillerait désormais à un taux supérieur que celui qui était le sien au

moment de son accident. A cet effet, elle rappelle qu'à certaines périodes, elle a travaillé à temps complet. Entre juin 1995 et février 1996, elle a travaillé pour le compte de la maison de repos " [...]" à un rythme qui s'apparentait à un plein temps. Elle précise que sa fille qui est atteinte d'une maladie congénitale, a certes subi une importante opération et a eu besoin de soins continus. Toutefois, elle est aujourd'hui âgée de 11 ans et suit l'école avec de très bons résultats. Elle ajoute enfin que son mari percevait un salaire de 5'000 fr. par mois qui doit être qualifié de modeste.

Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> avril 2009, l'intimé propose le rejet du recours.

Dans ses déterminations du 21 avril 2009, la recourante renonce à déposer une deuxième écriture.

Suite à la requête de la recourante du 25 novembre 2009, l'intimé a produit le dossier AI de sa fille R.\_\_\_\_\_.

L'assurance-accidents ayant mis en œuvre une expertise orthopédique qu'elle a confiée au Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, la procédure en matière d'assurance-invalidité a, par courrier de la juge instructeur du 17 décembre 2009, été suspendue jusqu'à la production dudit rapport, mais au plus tard jusqu'au 29 janvier 2010. Le rapport d'expertise du 4 décembre 2009 du Dr C.\_\_\_\_\_ a été transmis à la Cour de céans en date du 28 mai 2010. L'expert a retenu que sur le plan ostéo-articulaire, l'unité radio-carpienne avait évolué de façon favorable, de même que le statut après Darrach, avec une bonne mobilité résiduelle du poignet, sans arthrose, ni conflit osseux. Sur le plan neurologique, se référant au rapport du 16 octobre 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, l'expert a retenu que l'évolution était excellente sur le plan électroneurographique. La latence motrice distale du nerf cubital était ainsi très discrètement au-dessus des normes, mais significativement améliorée par rapport à l'examen pratiqué par le Dr L.\_\_\_\_\_ en 2004. La patiente se plaignait cependant de la persistance de névralgies invalidantes, subjectives, ainsi qu'une diminution peut

reproductible et mal objectivable, de la force et de la sensibilité de la main cubitale droite. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a conclu à la présence d'une nette discrédance entre les plaintes de la patiente et les constatations objectivables sur le plan orthopédique et radiologique, si bien que l'on pouvait suspecter l'intervention de facteurs non somatiques dans les plaintes de la patiente. Cette dernière pouvait d'ores et déjà reprendre une activité professionnelle susceptible d'être exercée de manière purement monomanuelle gauche telle que téléphoniste, employée dans un call center ou dans une centrale de télésurveillance. L'expert a en outre précisé que d'autres activités professionnelles adaptées ne nécessitant pas d'effort ou d'habilité manuelle particulière de la main droite voir uniquement l'emploi des trois premiers doigts pouvaient également convenir à temps complet.

Dans ses déterminations du 5 juillet 2010, l'intimé produit un avis médical du 18 juin 2010 du SMR, par lequel ce dernier se rallie entièrement aux conclusions de l'expert C.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 16 août 2010, la juge instructeur a nommé la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, du [...] en qualité d'experte.

Dans son rapport d'expertise du 8 août 2011, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a notamment exposé les éléments suivants :

"En conclusion, il existe un état séquellaire après deux fractures du poignet droit survenues successivement en 2003 avec lésion du nerf cubital. Il existe une diminution de mobilité portant principalement sur les pro-supinations et une diminution de force dans toutes les activités de la main droite. La main droite reste fonctionnelle, à un taux supérieur à celui d'une main d'appui, mais les rendements sont diminués.

Il n'y a pas de changement par rapport à l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ au plan clinique. Nous avons renoncé à refaire des clichés radiologiques au vu du nombre de radiographies centrées sur le carpe droit depuis 2003. Le développement d'une arthrose débutante ne donnerait pas de changement à la présente évaluation. Au plan neurologique, la situation m'est également apparue comparable à celle du Dr C.\_\_\_\_\_ qui avait procédé à une évaluation de contrôle par nouvel EMG chez le neurologue traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_ le 16.10.2009.

Comme le Dr C.\_\_\_\_\_, je constate que certaines limitations ne sont pas explicables par les lésions objectives. Mais le tableau clinique n'est pas parasité par ces éléments discordants.

Je n'ai pas d'explication à la diminution relative de la force exprimée du côté gauche lors de mon status et lors du bilan d'ergothérapie, la mobilité résiduelle et la récupération neurologique confirmée précédemment devraient permettre une meilleure intégration du membre supérieur droit dans les activités bimanuelles. Il est possible que Mme se soit habituée à une gestuelle préférentielle de la main gauche.

J'ai cependant observé lors du geste rapide et adéquat que Mme a effectué de sa main droite pour ôter sa montre alors que je souhaitais examiner son poignet gauche que sa main droite garde une fonction, une précision dans la gestuelle, qu'elle peut être intégrée à un meilleur niveau que celui d'une activité monomanuelle.

(...)

L'assurée n'a jamais eu de suivi psychiatrique et n'a jamais eu recours à des traitements psychotropes au long cours.

Aucun des médecins traitants n'a signalé de trouble psychiatrique qui m'apparaît pouvoir atteindre un seuil incapacitant ni pouvoir expliquer les difficultés rencontrées lors des tentatives de réadaptation. Mme se trouve actuellement en période de deuil de sa mère mais a manifesté un comportement qui m'est apparu adéquat suite à ce deuil récent.

Je me suis trouvée avec des conclusions semblables à celle du Dr C.\_\_\_\_\_. Je n'avais dès lors pas d'explication reposant sur des éléments objectifs justifiant l'échec des mesures de réadaptation, justifiant qu'une activité adaptée ne puisse être exigible.

Pour cette raison, j'ai complété mon examen par une observation au service d'ergothérapie de l'hôpital W.\_\_\_\_\_. J'ai eu des entretiens avec l'ergothérapeute qui a pratiqué les tests avant l'examen et à notre retour de vacances mutuellement.

L'observation confirme des difficultés pour le port des charges, il en a toujours été tenu compte dans les limitations fonctionnelles qui restent d'actualité. Des signes de déconditionnement musculaire sont présents notamment lors de la marche rapide. On observe une différence de force développée entre la main droite et la main gauche mais dans une différence moins importante que celle qui était démontrée en 2006. Mme s'est montrée collaborante à tous les tests. On confirme une sous-utilisation du membre supérieur droit rendant déficitaire la coordination bimanuelle mais Mme a montré quelques défaillances dans la dextérité et de la force de préhension également pour la main gauche. Nous n'avons pas d'explication au plan bio-mécanique, le membre supérieur gauche étant indemne. Il s'agit vraisemblablement d'une perte de la mémoire du travail qui peut s'améliorer avec l'accoutumance à un poste. Le bilan initial de réadaptation avait démontré que Mme avait les compétences adéquates pour le type de travail réalisé à l'hôpital W.\_\_\_\_\_.

Le deuxième jour d'observation, Mme a montré des performances diminuées par rapport au premier jour ce qui correspond aux évaluations de ses médecins traitant, notamment du Prof. E.\_\_\_\_\_ et du Dr N.\_\_\_\_\_ à V.\_\_\_\_\_. Mes confrères admettaient que

cette perte de supination, et de force avec composante de douleurs neurogènes pouvait donner lieu à une baisse de rendement.

Ainsi si au plan strictement objectif et ponctuel, je me rallie à l'exigibilité donnée par le Dr C. \_\_\_\_\_, l'observation des fonctions sur le suivi longitudinal de deux demi-journées à l'hôpital W. \_\_\_\_\_, en ergothérapie, me fait admettre qu'une pleine capacité peut être reconnue dans une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles déjà admises par l'OAI, mais avec une diminution de rendement de l'ordre de 30 %. Mes confrères évaluaient alors sa capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée. Mme a fait certains progrès depuis l'observation du Prof. E. \_\_\_\_\_ et du Dr N. \_\_\_\_\_ il y a 5 ans, l'amélioration neurologique a été prouvée par EMG en 2009, elle est significative".

Au vu de ces éléments, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a considéré que l'activité de caissière de supermarché n'était plus exigible en raison des troubles présentés. Comme concierge, la recourante ne pouvait plus effectuer les activités physiquement pénibles pour sa main droite comme celle de récurer de grandes surfaces. Elle pouvait s'occuper de la gestion "administrative" dans la conciergerie : organisation des travaux d'entretiens, téléphones. Elle avait ainsi pu garder la conciergerie avec l'aide de son mari. Cette activité de concierge n'était possible que grâce à l'aide apportée par le mari. Elle était partiellement empêchée, à un taux de l'ordre de 70 % selon le descriptif du poste donné. La Dresse G. \_\_\_\_\_ a estimé que la recourante pouvait garder des enfants d'âge scolaire autonomes à la marche et pour leurs soins corporels ou participer à du soutien scolaire sans baisse de rendement. Elle était en outre en mesure d'effectuer une activité d'employée de commerce pour autant que le poste soit varié et ne nécessite pas la frappe ou l'utilisation permanente des mains sur un clavier par exemple. Toutes les activités tenant compte des limitations fonctionnelles étaient exigibles avec une baisse de rendement de l'ordre de 30 %. L'experte a également retenu qu'au moment de sa réadaptation, l'empêchement dans une activité adaptée était de 50 % et qu'il avait progressivement diminué. Lors de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ en 2009, la situation était semblable à ce que elle avait observé et correspondait à une amélioration objective au plan neurologique depuis 2006. S'agissant de la baisse de rendement de 30 %, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle s'écartait quelque peu des conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_ au vu du bilan des capacités fonctionnelles réalisé à l'hôpital W. \_\_\_\_\_.

La recourante pouvait ainsi fonctionner en activité monomanuelle stricte, mais il fallait tenir compte de ses douleurs neurogènes susceptible d'augmenter en cas de rythme soutenu au travail. Toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles, soit évitant l'utilisation continue ou répétitive de la main droite ou contre résistance, une habileté manuelle fine de la main droite, les charges supérieures à 3 kg avec les deux mains et supérieure à 1 kg de la main droite, les pro-supinations de la main droite, l'exposition au froid, au chaud et aux vibrations, ainsi que les engins tranchants, était exigible en plein avec diminution de rendement de 30 % en raison de douleurs dont on ne pouvait écarter la composante neuropathique. Cette diminution tenait aussi compte de la nécessité de périodes de repos plus longues afin d'éviter la survenue de troubles musculo-squelettiques proximaux par dysbalance musculaire et de tensions tendino-ligamentaires et utilisation compensatoire de la musculature accessoire.

Dans ses déterminations du 7 octobre 2011, l'intimé produit un avis médical du 14 septembre 2011 du SMR qui expose ce qui suit :

"Le rapport d'expertise judiciaire du 08.08.2011 remplit les critères de qualité requis.

L'experte conclut à une exigibilité médico-théorique de 100 % dans une activité adaptée. Sur la base des mêmes constatations médicales que celles faites par l'expert Dr C.\_\_\_\_\_, l'exigibilité médicale est donc la même.

L'expertise a ensuite été complétée par une observation dans le service d'ergothérapie de l'hôpital W.\_\_\_\_\_ pendant deux demi-journées. En intégrant ces données non-médicales, l'experte admet une baisse de rendement de 30 %.

Les limitations fonctionnelles à prendre en compte sont celles figurant aux pages 43-44 du rapport d'expertise.

Ces données sont valables depuis 2009, date d'une amélioration neurologique prouvée par un EMG".

Par courrier du 2 novembre 2011, la recourante a renoncé à se déterminer suite au rapport d'expertise de la Dresse G.\_\_\_\_\_.

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

**1.** Interjeté le 6 février 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2004, soit à l'issue du délai d'attente d'un an, et au-delà du 1<sup>er</sup> mai 2005, date à laquelle l'intimé a admis une amélioration de l'état de santé.

**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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente

s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**c)** Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il est précisé qu'une telle expertise, confiée à la Dresse G. \_\_\_\_\_ a été mise en oeuvre en l'espèce.

**3.** In casu, la recourante conteste tout d'abord le taux d'occupation qui aurait été le sien si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. L'intimé a retenu que la recourante aurait travaillé à 50 % et, partant, a confirmé l'application de la méthode mixte d'évaluation. La recourante soutient, quant à elle, qu'elle aurait travaillé à un taux supérieur et que l'utilisation de la méthode mixte d'évaluation n'est pas adéquate dans son cas (cf. recours, point 2.10, p. 10). Cependant,

l'hypothèse qui implique le recours à la méthode générale de comparaison des revenus, signifie implicitement qu'elle aurait travaillé à plein temps.

**a)** Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références; TF I 85/07 du 14 avril 2008 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid.

3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assurée qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TFA I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1).

**b)** En l'espèce, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, celle-ci n'a pas toujours affirmé que, sans la survenance de ses problèmes de santé, elle aurait exercé une activité lucrative à un taux supérieur à 50 %. Ainsi, dans le formulaire ad hoc 531 bis, destiné à compléter la demande de prestations du 9 mars 2004, elle était invitée à répondre à cinq questions relatives à son statut de femme active à l'extérieur. A la question de savoir à quel taux d'activité (100 %, 50 % ou autre) elle travaillerait à l'extérieur si elle était en bonne santé, elle a répondu à environ 50 %, comme avant l'accident, soit 20 % à la Q. \_\_\_\_\_ et 30 % environ pour l'activité de concierge. Elle a en outre indiqué que c'était par intérêt personnel et nécessité financière. Lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 10 mai 2005, près d'un an après le dépôt de sa demande AI, l'enquêtrice a déterminé l'activité lucrative de l'assurée, c'est-à-dire les motifs (éventuellement la situation financière), la nature et l'importance de l'activité lucrative en pourcentage. A cette occasion, il a été fait état du formulaire 531 bis comme base de discussion, la recourante ayant manifestement expliqué les motifs pour lesquels elle souhaitait être active. En tout état de cause, à l'issue de cette discussion, elle n'a pas déclaré qu'elle souhaitait reprendre une activité lucrative à temps plein. Si tel avait été le cas, l'enquêtrice n'aurait pas procédé à la description des empêchements dus à l'invalidité. Certes, dans le cadre de l'enquête ménagère, la recourante a évoqué le fait qu'elle envisageait d'augmenter son taux d'activité, en raison de l'âge de sa fille et de l'amélioration de son état de santé. Il n'y a toutefois pas d'indice permettant d'admettre au degré de vraisemblance prépondérante une augmentation sensible de son taux d'activité, à peine un an après avoir indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à 50 % et alors que sa fille âgée de 7 ans avait déjà commencé l'école obligatoire. Au demeurant, les déclarations confuses de la recourante sur ce point : "*si on entre en*

*matière pour une réadaptation, elle serait prête à faire d'avantage actuellement" ; "elle imagine que sans son problème de bras, elle aurait repris une formation en parallèle aux emplois qu'elle avait, dans le but de faire un métier plus intéressant et à taux plus élevé"* ne permettent pas davantage d'admettre l'intention d'augmenter sensiblement son taux, encore moins à plein temps.

Les premières déclarations de la recourante sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Les explications qu'elle a fournies après coup à réception du projet de décision du 8 février 2008 relative à l'acceptation d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, n'y changent rien. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que la personne assurée a faite alors qu'elle n'était pas encore consciente des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (TFA I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6; ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2, n° U 524 p. 546; VSI 2000 p. 201 consid. 2d).

**c)** Il convient dès lors de retenir les premières affirmations de la recourante (questionnaire ad hoc 531 bis du 31 mars 2004) selon lesquelles, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage, au taux de 50 %. Il y lieu d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que sans la survenance de ses problèmes de santé, elle consacrerait le 50 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative. La part des travaux habituels dans le ménage constitue ainsi une part de 50 % (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a déjà cités). En tout état de cause, si le motif avancé pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet est tout à fait compréhensible - à savoir l'amélioration des revenus -, il ne saurait à lui seul justifier la reconnaissance d'un statut de personne active à 100 %. En effet, encore faut-il que cette volonté puisse être déduite d'indices extérieurs. Dans le cadre de l'enquête sur le ménage, la recourante n'a pas fait état de dettes, précisant toutefois qu'elle avait des factures

impayées en raison d'un conflit entre la CNA et un autre assureur LAA, ce qui l'avait obligé à prendre un mandataire. Elle a ajouté que son époux, grutier de métier, travaillait comme chef de dépôt et qu'il percevait un salaire mensuel de 5'000 francs. Elle n'a au surplus pas fait état de difficultés financières particulières liées à l'entretien de sa fille. Dès lors, il y a lieu de retenir que la recourante n'a pas démontré sur la base d'éléments probants que sa situation financière se serait péjorée jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse au point de justifier une augmentation de son taux d'activité. A aucun moment de surcroît, la recourante n'évoque un chiffre clair s'agissant du taux souhaité, elle se contente d'arguer d'une hypothétique augmentation.

Dès lors, au regard de son parcours professionnel tel qu'il ressort du questionnaire de l'employeur et de son statut personnel, en particulier familial, tel qu'il a évolué jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, il y a lieu de considérer comme établi au degré de vraisemblance prépondérante que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait poursuivi l'exercice d'une activité lucrative principale à 50 %, consacrant le reste de son temps à la tenue de son ménage et à l'éducation de sa fille. Le choix par l'intimé de la méthode mixte est en conséquence fondé et il n'y a aucun élément permettant valablement de le remettre en question.

**4.** En tant qu'assurée exerçant une activité lucrative à temps partiel, il convient ainsi d'évaluer le degré d'invalidité qu'elle présente selon la méthode mixte. Ainsi, lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode précitée, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2ter LAI

en corrélation avec les art. 27<sup>bis</sup> RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2<sup>bis</sup> LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu sans invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154).

**5. a)** Il faut relever que le taux d'empêchement pour la part ménagère n'est pas contesté. Vérifié d'office, le degré d'invalidité de 16.15 % (32.3 % X 50 %) que l'intimé a reconnu à la recourante dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, échappe à la critique.

**b)** Il convient ainsi de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante (part active), plus précisément d'examiner l'évolution de sa capacité de travail compte tenu des atteintes qu'elle présente.

Sur le plan somatique, les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que la recourante présente essentiellement un état séquellaire après deux fractures du poignet droit survenues successivement en 2003 avec lésion du nerf cubital entraînant une diminution de la mobilité et de la force. Se référant à l'avis du SMR du 11 janvier 2006, ainsi qu'au courriel complémentaire du 24 janvier 2006 de la Dresse J.\_\_\_\_\_, l'intimé a estimé, dans le cadre de la décision litigieuse, que la capacité de travail de la recourante était de 50 % dans une activité

adaptée dès le 26 janvier 2005, date correspondant au premier rapport médical mentionnant une situation stationnaire (rapport médical du 26 janvier 2005 du Dr E. \_\_\_\_\_ à l'OAI).

Dans son rapport d'expertise du 4 décembre 2009, si le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a pas chiffré la capacité de travail de la recourante, il a indiqué qu'elle pourrait "d'ores et déjà" reprendre une activité professionnelle susceptible d'être exercée de manière purement monomanuelle gauche telle que téléphoniste, employée dans un call center ou dans une centrale de télésurveillance. L'expert a également précisé que d'autres activités professionnelles adaptées ne nécessitant pas d'effort ou d'habileté manuelle particulière de la main droite voir uniquement l'emploi des trois premiers doigts pouvaient également convenir à temps complet. Sur le plan ostéo-articulaire, il avait l'impression que l'unité radio-carpienne avait évolué de façon favorable, de même que le statut après Darrach, avec une mobilité résiduelle du poignet, sans arthrose ni conflit osseux. Sur le plan neurologique, l'évolution était excellente.

Dans son rapport d'expertise du 8 août 2011, la Dresse G. \_\_\_\_\_ s'est ralliée à l'exigibilité donnée par le Dr C. \_\_\_\_\_, soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations décrites. Elle a toutefois estimé que l'empêchement dans une activité adaptée était de 50 % au moment de sa réadaptation, ajoutant que *"progressivement l'empêchement a diminué. Lors de l'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ en 2009 la situation était semblable à ce que j'ai observé et correspond à une amélioration objective au plan neurologique depuis 2006"* (rapport d'expertise du 8 août 2011, p. 43). La Dresse G. \_\_\_\_\_ rappelait qu'en 2006, les Drs N. \_\_\_\_\_ (courrier du 25 septembre 2006) et le Prof. E. \_\_\_\_\_ (courrier du 30 janvier 2007) avaient retenu une capacité de travail de 50 %. Au vu de ces éléments, il se justifie de retenir une capacité de travail de 50 % au plus tard dès le 21 février 2007. Cette date correspond au premier jour du stage que la recourante a suivi durant un mois à 50 % au Centre A. \_\_\_\_\_, période qui coïncide également avec la reconnaissance d'un empêchement de 50 % dans une activité adaptée

"*au moment de sa réadaptation*" selon les termes utilisés par la Dresse G. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 8 août 2011, p. 43, réponse à la question 9).

**c)** Ces conclusions permettent d'aboutir à une solution autre que celle retenue par l'intimé, à savoir que la capacité de travail de la recourante n'a pas subi de modification jusqu'au 31 mai 2007, trois mois après le début du deuxième stage de réadaptation, le 21 février 2007. Dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, la recourante présentait un taux d'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, empêchement qui a, par la suite, diminué en raison de l'amélioration objective constatée par le Dr L. \_\_\_\_\_ le 16 octobre 2009 dans le cadre d'un EMG (cf. rapport du 16 octobre 2009 du médecin précité). Sur la base de l'examen rhumatologique et suite à l'observation de deux jours au service d'ergothérapie de l'hôpital W. \_\_\_\_\_, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a estimé que même si la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, il convenait de tenir compte d'une baisse de rendement de 30 % en raison de douleurs dont on ne pouvait écarter la composante neuropathique. Cette diminution permettait en outre de tenir compte des périodes de repos nécessaires afin d'éviter la survenue de troubles musculo-squelettiques proximaux par dysbalance musculaire et de tensions tendino-ligamentaires et utilisation compensatoire de la musculature accessoire.

**d)** Il appert que l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). Sur le fond, son appréciation doit être admise comme ayant pleine valeur probante, élément qui n'est d'ailleurs pas contesté par les parties.

**6.** La Cour de céans s'en tenant aux conclusions de l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_, il y a lieu de déterminer, selon la méthode de la comparaison des revenus, la perte de gain que subirait la recourante dès le 1<sup>er</sup> juin 2007 (capacité de travail de 50 %), puis dès le 1<sup>er</sup> février 2010

(capacité de travail de 70 %), soit trois mois après l'amélioration constatée le 16 octobre 2009.

**a)** Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA). Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu avec invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C\_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2).

**b)** L'invalidité, notion juridico-économique et non médicale, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de

l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C\_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées).

La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b).

**c)** Selon la jurisprudence constante fédérale, lorsque l'assuré n'a pas 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 75, 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.

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1).

**7.** In casu, il convient de rappeler que la capacité de travail retenue est de 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, puis de 70 % dès le 1<sup>er</sup> février 2010, soit une capacité résiduelle de travail égale, voire plus étendue que le taux d'activité que la recourante exercerait sans atteinte à la santé. Selon la jurisprudence (ATF 125 V 146), elle ne subit dès lors pas d'incapacité de gain, la question de la comparaison des revenus avec et sans invalidité étant toutefois réservée. En l'occurrence, pour déterminer le revenu d'invalidité de la recourante, l'intimé s'est référé au salaire annuel minimal pour un plein temps dans une activité d'employée de bureau (réception, tri de courrier, classement, archivage, scannage, contrôle et saisie de factures, prises de rendez-vous, téléphones, etc...), soit un salaire de 44'200 fr. (salaires 2007 SSEC). Considérée comme une activité adaptée par la Dresse G. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 8 août 2011, p. 43), il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Procédant à une comparaison des revenus, en prenant en compte un revenu sans invalidité de 22'750 fr. (non contesté) et un revenu avec invalidité de 22'100 fr., le préjudice économique est par conséquent de 650 fr. (2.85 %). Compte tenu d'un empêchement de 2.85 % dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 32.3 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, c'est à juste titre que l'intimé a retenu un taux d'invalidité globale de 18 %, taux insuffisant pour maintenir le droit à une rente au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2007. Il s'ensuit que l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme à la loi.

**8.** Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, de réformer la décision attaquée en ce sens que la recourante doit être mise au bénéfice d'un trois-quart d'invalidité jusqu'au 31 mai 2007, la cause étant renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à la recourante. Pour la période ultérieure, soit dès le 1<sup>er</sup> juin 2007, le recours doit être rejeté, le taux d'invalidité étant insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs.

La recourante est représentée par un mandataire professionnel. Ayant obtenu partiellement gain de cause, elle peut prétendre à une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 francs.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 7 janvier 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à un trois-quart de rente d'invalidité jusqu'au 31 mai 2007, la cause étant renvoyée à cet Office afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à la recourante.
  
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux milles francs), à verser à M. \_\_\_\_\_ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz (pour la recourante), avocat à Lausanne
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :